Anul XIX. No. 1 — 10 Lei Exemplarul — 1 Ianuarie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. C. D. CONSTANTINESCU: *Bătrâneţea* 1

Dr. PĂUNESCU-PODEANU: *Starea actuală a terapiei în angina de piept* 7

Dr. T. TEODOSIU: *Narcoza de scurtă durată pe cale intravenoasă în dermatologie* 9

Pagina

ORGANIZAREA INVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Şcoala elitelor medicale: Externatul şi Internatul în ierarhia medicală; Locurile de preparatori şi asistenţi în ierarhia universitară* . 10

CRONICI

Adunarea generală a Colegiului medicilor 11

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Comemorarea lui Behring la Institutul german pentru Ştiinţă. Cuvântările D-lor: Ministru Fabricius, Secretar general Dr. Popovici, Prof. Dr. Tomescu, Dr. Löw, Dr. Ovidiu Comşa şi Dr. Şerban Milcoveanu; Noui indemnizaţii pentru medicii cari combat epidemiile; Interzicerea reclamelor prin ziare pentru medici; Toate prescripţiile medicale vor purta timbrul sec al Colegiului medical. 12

Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul
BLENORAGIEI

ULIRON

Preparatul chimioterapeutic, pentru tratamentul pe cale bucală.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

40673.

In tratamentul constipației

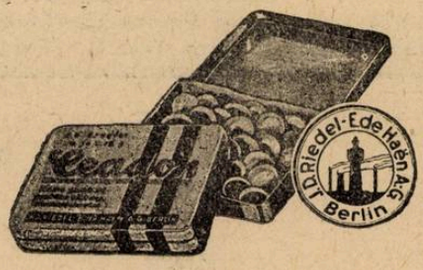
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

In tusea afecțiunilor laringiene, pulmonare și bronchice, dureri de deglutiție, anghine acute, procese ulcerative ale faringelului și laringelului, manifestările simptomatice ale tuberculozei căilor respiratorii

Pastile THYANGOL Dr. Thilo

— Aethylamidobenzoic 0.03; Fenacetină 0.08; Thimol, menthol, ol. Eucalipti ää 0.015 —

Adulți 4—6 pastile pe zi. Copii, mai puțin după etate. Pastila se suge încet până la terminare. Tub. orig. a 25 pastile

---

Contra Tusei
rebelă, cronică, tabagică, tbc. astm.

Sirop EUPECTIN

a. sulfogaiacolat, efedrină. codeină, Na. phenilaethilbarbituric Na. benzoic, etc.
Gust agreabil. Efect remarcabil.
Adulți: 3 linguri, copii 3 linguriță pe zi.

Tonicul cel mai plăcut

FORTOGEN

Ca. Glicerofosforic, Nucă de Kola, Extr. strichni, vin de malaga.
Flc. orig. 400 gr.
Adulți: 3 linguri, copii 2—3 linguriță pe zi.

In stări nervoase, insomnii, migrene, anxietăți, etc.

CEREBROL

Ca. și K. Br.; Analgesină; Na. phenilaethylbarbituric, sirop simplex.
1/2 gr. Br. pe linguriță.
2—3 linguriță pe zi sau mai mult după cazuri, *in puțină apă sacharată.*

Laxativ mecanic aromat

LAXOGEN

Ol. parafini bidistilat aromat cu oleu de mentă.
Flc. orig. 200 gr.
Doza: 2—3 linguri seara la culcare.

Laxativ și Purgativ din substanțe pur vegetale

Pastile WALDHEIM

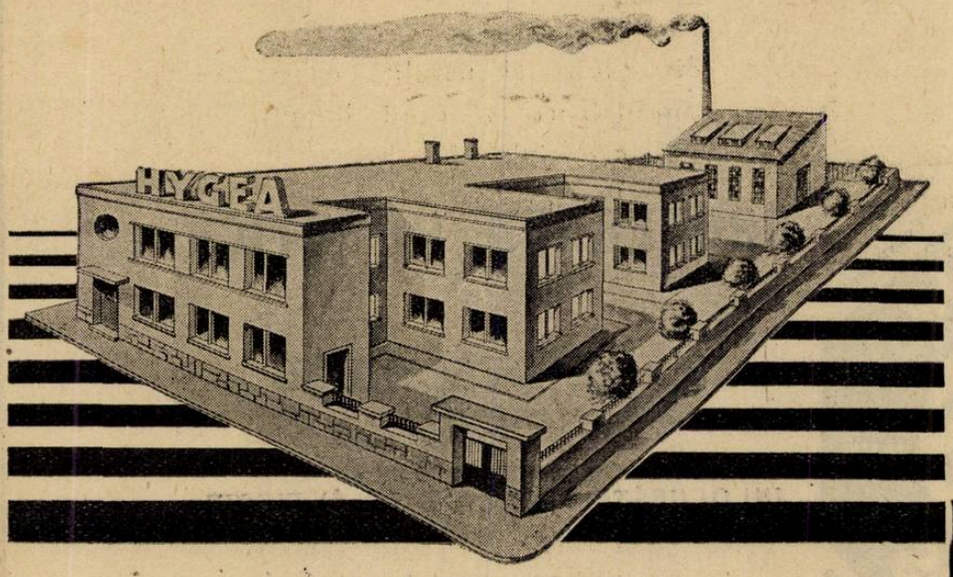
Pilule aperitive antiadiposae.
Nu produc obișnuință.
Pentru cură 1—3 pastile pe zi.
Doza laxativă 1 pastilă seara.
Cutii orig. a 80 drageuri.

Desinfectant intern

Tablete Urocid

Hexametilentramin chimic pur.
Tuburi orig. cu 20 tablete a 0.5 gr.
Doza după aviz.

Repr. I. Zeller, București, Str. Profetului 9. — Preparatele se găsesc la toate depozitele de medicamente din Capitală.



BRONCHOTIOFAN

SIROP

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFF. NATR. BENZ.
SENEGA
ACONIT

BOLILE CĂILOR RESPIRATORII
(Bronşite, Chathar, Pneumonie, Influenţă gripală, Trancheită, Laringită)

IPECODAL

TABLETE

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO SAL

BOLILE CATARALE ALE CĂILOR RESPIRATORII
(Angină pectorală, Tuse, Laringită)

SULFAZOL

TABLETE

0.20 CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO - CHRISOIDINĂ
0,10 p-AMINOBENZENSULFAMIDĂ.

SEPTICEMII
Preventiv în infecţiunile puerperale, boli infecţioase

HYGEA

HYGEA S. A. R., Cluj
BUCUREŞTI
Splaiul Unirii, 127

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEŞTE CARNE CRUDĂ ŞI FIERUL

ADMIS ÎN TOATE SPITALELE DÎN PARIS

DOZA : 1 lingură de supă inainte fiecarei mese

Representant-Depositar : Drogueria Standard. Str. S F. Ionica 6. Bucaresti

Vigantol

Preparatul pur de

VITAMINA »D«

In turburările metabolismului fosfocalcic al sistemului osos şi al dinţilor. In rachitism.

Pentru a stimula odontogeneza şi pentru a uşura erupţiunea dinţilor.

Pentru ameliorarea tabloului calcic în spasmofilie şi alergie.

»Bayer« Leverkusen a. Rh.

E. Merck DARMSTADT

«ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I
Str. Brezoianu 53 Tel.: 3.92.86.

»CHIMIROMAN« Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk 32 Tel.: 2-71.48

Anul XIX No. 1 — 10 Lei Exemplarul — 1 Ianuarie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

BĂTRÂNEŢEA

de Dr. C. D. CONSTANTINESCU

Atât în «*Études sur la nature humaine*», *1908*, cât şi în «*Essais optimistes*», 1914, *Elie Metchnikoff*, reluând studiul ştiinţific al bătrâneţii, spunea că *din punct de vedere medical*, noţiunile existente la acea epocă erau aşa de puţin numeroase, în cât se puteau rezuma numai în câteva pagini; în ultimul timp s'a manifestat însă un mult mai mare interes asupra acestei chestiuni, dovadă numeroasele publicaţiuni apărute mai ales în Germania şi în Italia, de curând rezumate de către *Bastai* şi *Dogliotti* în «*Physiopatologie de la vieillesse*», 1938. In Franţa, *Auguste Lumière*, intre alţii, s'a ocupat cu studiul bătrâneţii, adoptând în «*La vie, la maladie et la mort*», 1928, teoria coloidală spre a explica evoluţia fatală către senilitate şi moarte a fiinţelor vieţuitoare; pe de altă parte, *Metalnikov* în «*La lutte contre la mort*», 1937, a reluat şi a desvoltat ideile mai înainte exprimate de către *Metchnikoff*. Amintim că şi academicianul *André Maurois* a consacrat bătrâneţii ultimul capitol din «*Un art de vivre*», arătând ca şi *Cicerone* în «*De Senectute*», relele atribuite vârstei înaintate ca şi mijloacele de a le înlătura. La noi în ţară prof. *Marinescu* s'a ocupat de mult cu studiul bătrâneţii, desvoltând cel dintâi, în anul 1913, la «*Soc. de Biologie*», teoria *histerezei coloidelor*, adică a floculării şi a precipitării lor, revenind asupra-i în publicaţiuni ulterioare; pe de altă parte d. d. prof. *Parhon* şi *Nitulescu* au făcut, la aceiaşi Societate, interesante comunicări asupra aceluiaşi subiect, cel dintâi publicând şi o broşură: «*Bătrâneţea*», 1925; problema a fost apoi pusă în discuţie la *cel de al XIII-lea Congres* al «*Soc. române de neurologie, psihiatrie şi endocrinologie*», desvoltându-se numeroase rapoarte. După cum se vede, studiul bătrâneţii, aşa de strâns legat de acela al morţii, nu a încetat de a preocupa spiritele cercetătorilor, ne mai putându-se repeta după *Tolstoi*, că oamenii de ştinţă îşi pierd timpul cu lucrări mărunte în loc să cerceteze mai îndeaproape marele chestiuni care neliniştesc sufletele. A contribuit la acest rezultat numărul mai mare al bătrânilor constatat în ultimele decenii, datorit prelungirii necontestată a mediei vieţei oamenilor, iar într'o largă măsură şi cheltuelile determinate de aplicarea legilor de asistenţă socială. Se ştie însă că odată cu progresul studiilor asupra bătrâneţii s'a mai desvoltat şi patologia legată de această vârstă. Cine nu cunoaşte evoluţia deosebită a infecţiilor în această perioadă a vieţei ca şi apariţiunea de afecţiuni inexistente la persoanele tinere? In clinică nu trebue apoi să se cerceteze în fiecare caz, la persoanele în etate, dacă fenomenele sunt cu adevărat datorite bătrâneţii şi nu unor stări morbide supra adăogate? Iată deci că sunt numeroase motivele care fac necesară cunoaşterea acestei perioade din existenţa omului. Vom rezuma, în cele ce urmează, câteva numai dintre noţiunile importante care se desprind din studiile publicate, propunându-ne să le folosim într'un articol ulterior privitor la *paraplegiile* zise *senile*.

Ocupându-se cu descrierea bătrâneţii, *Cicerone* spunea că fiecare perioadă a vieţei trebue să fie considerată ca un anotimp care îşi are caracterele sale particulare, bătrâneţea fiind în urmă comparată cu fructele coapte care se desprind singure de pe arbore. Mai de curând *Pauchet (L'Automne de la vie)*, considera de asemeni că toamna ar fi mai frumoasă de cât primăvara, căci vânturile sunt mai liniştite, cerul senin, aerul mai cald şi masa încărcată de fructe. Fără îndoială că între vârsta matură şi epoca ultimă a vieţei, tranziţia se face pe nesimţite, efectele timpului scurs ne putând fi măsurate de cât prin comparaţie cu acelea produse asupra altor persoane de aceiaşi etate. Ce este însă şi cum se manifestă bătrâneţea? Este uşor de constatat că omul ca şi cele l'alte animale superioare suferă modificări importante odată cu înaintarea în vârstă, o definiţie a bătrâneţii nu este însă uşor de dat. *Metalnikov* o considera ca fiind *perioada vieţii în timpul căreia organismul începe să slăbească, forţele să se micşoreze, iar organele să se atrofieze puţin câte puţin*. Sunt însă alţi autori cari au avut în vedere criterii diferite. Aşa, ţinându-se în seamă morfologia, s'a deosebit vieţei o perioadă de *desvoltare*, alta de *stare pe loc* şi una de *involuţie*, acesteia de pe urmă, corespunzătoare bătrâneţii, distingându-i-se de către *Pende*, faza de *deformaţie progresivă* şi acea de *decreptitudine*. Pe de altă parte sprijinindu-se pe constatarea că în tot cursul vieţei există în organism o asociaţie şi o alternanţă a proceselor constructive şi destructive ca şi a acelora de acumulare şi de consumare de energie, *Bastai* şi *Dogliotti* au dat o definiţie ştiinţifică a bătrâneţii care se impune, autorii socotind-o ca *perioada din viaţă în care există o involuţie organo-funcţională caracterizată prin predominenţa fenomenelor regresive şi destructive asupra acelora constructive;* spre deosebire deci de tinereţe, în care procesele de construcţie şi de distrugere se echilibrează, bătrâneţea depinde de suma algebrică a stărilor anatomo-funcţionale a tuturor organelor şi ţesuturilor. Cum însă capacitatea funcţională a organismelor este variabilă, se înţelege că atât aspectele sub care se prezintă bătrâneţea cât şi vârsta la care apare sunt diferite. In cea ce priveşte semnele ei exterioare, se ştie că ele se observă deopotrivă atât în regnul vegetal cât şi în cel animal. Nu ne putem da seamă de vârsta arborilor, privindu-i numai? Este adevărat că la insecte şi la unele vertebrate inferioare bătrâneţea nu este de loc, ori este foarte puţin manifestă; nu este însă tot aşa la paseri şi la mamifere. *Metchnikoff* a descris aspectul degenerescenţei senile la numeroase animale spre a dovedi tocmai că nu este vorba de un privilegiu al speţei umane; cât este vorba de înfăţişarea pe care o prezintă la om, el a reamintit legenda budistă după care tânărul prinţ *Cakya Mouni*, fondatorul doctrinei, ar fi fost aşa de adânc impresionat la vederea unei persoane mult înaintată în vârstă, care i-ar fi eşit în cale, în cât a făcut cunoscuta reflexie: «*Vai de fiinţa neştiutoare şi slabă a cărei inteligenţă, îmbătată de trufia tinereţii, nu vede bătrâneţea*»!

Inainte de a ajunge în o fază înaintată, bătrâneţea se manifestă prin semne fizice şi funcţionale adeseori puţin evidente. *Maurois* insista după *Cicerone* asupra acestui fapt, că sbârciturile feţei şi albul părului sunt precedate de o stare sufletească schimbută care nu slăbeşte puterea, ci dă'nţa

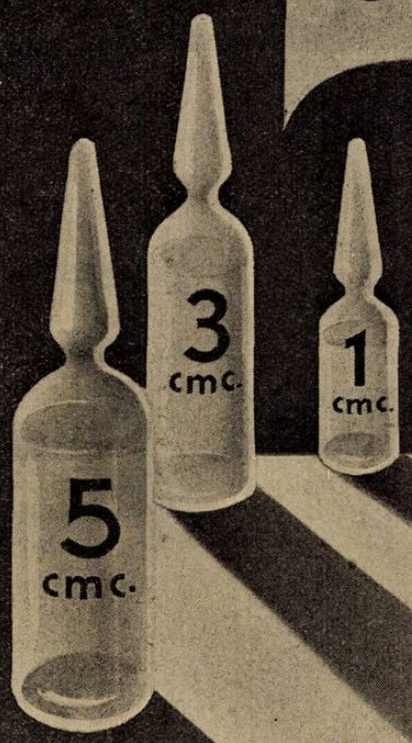
numai de a lucra. S'a descris poate în culori prea închise atât moralul cât şi intelectul persoanelor în vârstă, este însă sigur că activitatea muşculară slăbeşte, că greutatea corpului ca şi talia se micşorează şi că se petrece o modificare pronunţată în întregul organism. Pielea se subţiază, muşchii se atrofiază şi devin mai tari, oasele se rarifică şi se fracturează cu uşurinţă, cartilagele se osifică, iar organele se micşorează şi se întăresc din cauza atrofiei parenchimelor şi a sclerozei care le invadează. Fibrele muşculare din inima bătrânilor sunt subţiate şi conţin mult pigment, iar ţesutul elastic dintre fibre şi fascicule este hipertrofiat; la artere şi vine se observă îngroşarea intimei cu atrofia fibrelor muşchiulare; plămânii sunt emfizematoşi; la rinichi şi ficat alături de degenerescenţa celulelor nobile se constată hipertrofia ţesutului conjonctiv ca şi în cele l'alte organe şi unele dintre glandele cu secreţie internă, exceptându-se tiroida, care ar evolua către hiperfuncţionare, hipofiza în care ar exista o modificare a raportului dintre celulele eosinofile şi bazofile şi cortexul supra-renal, care ar fi de asemeni hipertrofiat; cât este vorba de sistemul nervos, se admite de asemeni că celulele se atrofiază cu timpul, nevroglia şi microglia proliferând exagerat. Cu deosebire interesante sunt însă cercetările fiziologice, căci au stabilit că cea ce caracterizează cu deosebire perioada înaintată a vieţei este *lipsa de energie de rezervă* şi *inadaptabilitatea organismului la diferite cerinţe.* S'au descris diferite tulburări metabolice printre care micşorarea metabolismului bazal; modificarea schimburilor hidrosaline ca şi desechilibrul electrolitic şi cel acido-bazic. Se ştie apoi că la bătrâni durata sistolei este prelungită în vreme ce atât viteza de circulaţie a sângelui cât şi debitul inimei sunt micşorate, explicându-se astfel incapacitatea organului de a suporta eforturile; că presiunea arterială este mărită, iar cea vânoasă este micşorată, noi cercetări punând în evidenţă tulburările în circulaţia capilarelor. Micşorate sunt încă la bătrâneţe funcţiile respiratorii, digestive, renale şi sensoriale ca şi cele cerebro-spinale, iar întrucât priveşte regularea neurovegetativă-endocriniană, se atribue o labilitate a primului sistem, în timp ce atenţiunea cercetătorilor a fost mai ales îndreptată în ultimul timp asupra tiroidei, a hipofizei şi a capsulelor supra-renale. Clinicește se constată la bătrâni unele fenomene de hipotiroidism (hipotermia, sbârciturile pielei, căderea părului), iar altele de hipertiroidism (insomnie, hipertensia arterială); s'a insistat în ce priveşte hipofiza asupra rolului bazofiliei în regularea tensiunei arteriale, iar dacă *Löwy* atribue adinamia şi hiperpigmentarea senilă unei hipofuncţiuni a supra-renalelor, *Pende* socoteşte că dinpotrivă, hiperfuncţiunea acestei glande este cauza atât a hipertensiunei arteriale cât şi a hipercholesterolemiei observate la această vârstă; prof. *Parhon* împărtăşeşte această ultimă opinie.

S'au mai descris de către diferiţi autori şi unele alteraţiuni celulare speciale care s'ar observa la o vârstă înaintată atât în ţesuturi cât şi în organe: mărirea protoplasmei în raport cu nucleul, dispariţia nucleolului, bazofilia mai pronunţată a citoplasmei, modificarea mitochondriilor sau micşorarea reacţiei la oxidare ori a rezistenţii la diferite substanţe. Dar, toate leziunile constatate, sunt ele primitive ori secundare? Trebue apoi să fie considerată bătrâneţea ca un fenomen natural şi normal, «ca o stare prin care trebue să treacă orice organism pluricelular care înaintează în vârstă fără ca viaţa lui să fie întreruptă de vreun accident, ori termenul de normal având o semnificaţie funcţională şi anume de optimum funcţional, bătrâneţea trebue să fie socotită ca o stare patologică, ca o distrofie generală, care constitue un capitol al unei mari subdiviziuni a ştiinţei vieţei, subdiviziune ce se poate numi biologia vârstelor, *ilikibiologia* » ? *(Parhon).* Vom cerceta ulterior această chestiune, deocamdată vom face constatarea că dintre diferitele perioade ale vieţei numai bătrâneţii nu'i s'a putut determina limitele. *Hipocrate* considera vârsta de 60 de ani ca fiind acea la care apar cele dintâi simptome, în vreme ce alţi medici au împins acest timp până către 60—65 de ani. Nu este aceasta şi opinia oamenilor de litere. *Maurois* cita pe scriitorul *Conrad*, care spunea că la vârsta de 40 de ani orice om începe să vadă înaintea lui o linie de umbră pe care o străbate cu înfrigurare, gândindu-se că regiunile încântătoare ale tinereţii sunt rămase în urma lui; aproape aceleaşi reflexiuni, exprimate însă într'altfel, au fost făcute de *Stendhal*, dar la vârsta de 50 de ani. Deopotrivă de nedeterminată este apoi şi durata bătrâneţii, considerată de mulţi ca începutul morţii, spunându-se că dacă între cele două diferenţa este mare, distanţa, care le separă este mică ; totuşi viaţa tuturor fiinţelor are un termen care este în general constant. In anul 1917, zoologul *E. Korschelt* a publicat un interesant tabel, care cuprinde limita de vârstă a numeroase speţe de animale; rezultă din cercetarea lui că sunt reptilele şi peştii cari trăesc cel mai mult. In cea ce priveşte omul, el are viaţa mai lungă decât a multor paseri şi majoritatea mamiferelor. Biologii sunt apoi de acord în a constata că viaţa animalelor este cu atât mai scurtă cu cât se trece la vieţuitoarele mai bine organizate, mamiferele având o longevitate mai mică de cât vertebratele inferioare. *Buffon* credea că durata vieţei unui animal s'ar putea determina prin timpul cât ţine creşterea corpului, socotind că trebue să fie de 6—7 ori mai mare de cât ultima; *Flourens* lua drept criteriu sutura capetelor terminale ale oaselor; *Bunge* ţinea seamă de perioada de timp necesară unui nou născut spre a-şi dubla greutatea, iar alţi autori considerau fecunditatea speţei, cele care au mai mulţi copii trăind mai puţin. Cum cei mai mulţi bătrâni mor între 70—75 de ani, *Lexis*, iar în urmă *Ebstein*, dădeau aceste cifre ca maximum de vieţuire a omului; *Buffon* şi *Flourens* acordau însă vieţei 100 de ani, *Metalnikov* 125—150, iar *Metchnikoff* credea că nu i se poate determina limita. Sunt puse la îndoială datele biblice privitoare la viaţa lui *Mathusalem* şi a lui *Noe*, cari ar fi trăit respectiv 966 şi 595 de ani, ca şi textele homerice care atribue lui *Nestor* vârsta de 300 de ani. Printre cazurile de longevitate autentică, se citează acelea ale norvegianului *Drakenberg*, mort la vârsta de 146 de ani, şi *Thomas Parr* care a încetat din viaţă la 152 de ani şi 9 luni, autopsia sa fiind practicată la Londra de către ilustrul anatomist *Harvey.* Amintim cu această ocazie că *Chemin* a adus în sprijinul influenţei pastorale şi agricole asupra prelungirii vieţei, longevitatea din orientul Europei, afirmând că în ţară la noi ar fi existat în anul 1896, nu mai puţin de cât 5545 persoane care ar fi avut vâsta de 100 de ani!

Nu numai animalele, dar şi vegetalele au un sfârşit al lor în raport cu speţa ; spre deosebire însă de regnul animal, în care durata vieţei este în raport invers cu perfecţionarea desvoltării la care a ajuns, la plante viaţa este cu atât mai lungă cu cât constituesc forme de evoluţie superioară. Sunt brazi, pini şi chiparoşi cari trăesc 300—400 de ani; fagul atinge vârsta de 900 de ani, iar stejarul pe acea de mai multe mii de ani. *Candolle* dădea unui chiparos din Montezuma etatea de 2000 de ani, *Sargent* unui arbore din California 3000 de ani, iar *Adanson* unui altul din Capul Verde, 5150 de ani, *Metchnikoff* citând şi cu noscutul arbore aflat în Villa Oratava din Tenerif (insulele Canare), a cărui tulpină nu putea fi cuprinsă de braţele întinse a zece oameni! Ca şi la animale, autorii amintiţi au descris şi aspectul disgraţios, adeseori chiar urât al bătrâneţii; pe de altă

CARDIAZOL

KNOLL



ca **analeptic**

medicament al circulației și stimulent respirator.

1-2 *cmc. subcutanat, intramuscular sau* intravenos, la nevoie la fiecare ½ sau 1 oră.

ca **reanimator**

în narcoze și intoxicațiile grave.

2-3 cmc. intravenos și 3-5 cmc. intramuscular.

pentru **spasmoterapia**

din schizofrenie.

5 cmc. intravenos (1 cmc. pe secundă).

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN.

KNOLL S.A.R., Str. Atena 29, BUCUREȘTI 3.

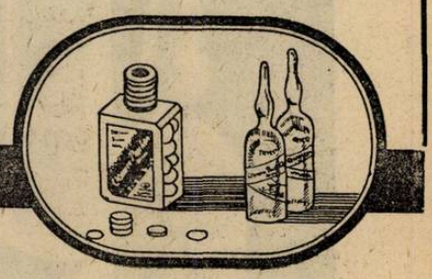
Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

Ovarium „Henning" Panhormon

Hormon folicular + Extract total

în fiole și drageuri de 100, 1000, 10.000, și 50.000 ME

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală. Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori simulanți ai metabolismului.



Eftin și Activ

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

Gripă, Pneumonie, Bronchopneumonie și toate afecțiunile inflamatorii ale plămânilor și bronchiilor.

Fluidică secrețiile. — Ușurează expectorația.

Fiole 1 cc. și 2 cc. intramuscular

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București

parte *Metchnikoff* în «*Etudes sur la nature humaine*», a mai insistat asupra acestui fapt, că dacă plantele dau cele mai bune exemple de armonie perfectă a constituţiei lor, ele pot oferi altele de disarmonie după cum se constată şi în natura omului şi a celorlalte animale. Ori, după ce a descris pe cele constatate la om în organizarea şi funcţionarea aparatului digestiv şi a aceluia de reproducere, autorul s'a ocupat şi de disarmoniile instinctului familial, al aceluia social şi de conservare, arătând că *nu poate să existe o mai mare lipsă de armonie de cât acea dintre dorinţa mare a oamenilor de a trăi şi ivirea inexorabilă a morţii.* Nu lipseşte instinctul de conservare nici la fiinţele inferioare, dar el a evoluat şi prezintă la om expresia sa cea mai completă; pe dealtă parte puţin desvoltat la tineri, el capătă o mare desvoltare la bătrâni, indrituind astfel afirmaţia lui *J. J. Rousseau*, că ne îngrijim de viaţă pe măsură ce îşi pierde preţul, bătrânii regretând-o mai mult de cât cei tineri. Persoanele vârstnice din azile doresc să trăiască. Nu este cunoscută povestea călătorului din Africa, care a fost rugat de şeful unui trib să-i procure vopsea pentru colorat părul, căci altfel va fi în curând omorât de către compatrioţi din cauză că îl vor vedea că este bătrân? Este apoi tot teama de moarte care a făcut pe oamenii din cele mai vechi timpuri să creadă în divinităţi, în existenţa unei alte vieţi sau în nemurirea sufletului. Dacă însă credinţa dusă până la fanatism poate să facă să dispară frica, de cele mai multe ori ea persistă şi din această cauză unele doctrine religioase au predicat drept consolare resemnarea. Cum însă renunţarea la plăcerile vieţei nu a dat satisfacţie s'a recurs în urmă la teoriile filozofice spre a rezolva problema vieţei şi deci şi pe acea a bătrâneţii şi a morţii. Luându-se de astă dată ca bază argumentele raţionale, iar nu revelaţia, evoluţia a fost totuşi la fel, căci s'a trecut de la imortalitatea sufletului la idea resemnării, desvoltându-se apoi pe rând teoriile pesimiste şi cele optimiste, cele dintâi neţinând însă seamă de dorinţa oamenilor de a trăi, iar cele de pe urmă de constatarea că perspectiva morţii nu poate fi primită cu bunăvoinţă; din această cauză speranţele omenirii s'au îndreptat către ştiinţă.

Sprijinită pe observaţiuni şi experienţe, ştiinţa nu a căutat să rezolve problema destinului omului; scopul urmărit în chestiunea de care ne ocupăm a fost mai restrâns, dar şi mai real, propunându-şi să cerceteze numai cauzele bătrâneţii şi ale morţii spre a încerca mijloacele de a le prelungi ori de a le combate; fără de a fi ajuns la rezultatele dorite, cele obţinute până acum sunt destul de importante spre a fi cunoscute. S'a comparat mai întâi organismul fiinţelor vii cu funcţionarea unei maşine, admiţându-se că se poate deopotrivă uza şi distruge prin trecerea timpului; pentru întărirea acestei opiniuni s'a adus în urmă în ajutor şi noile cunoştinţe privitoare la constituţia materiei vii, prof. *Marinescu* fiind cel dintâi care a formulat o *teorie coloidală* a bătrâneţii şi a morţii, desvoltată mai târziu de *Rudzika* şi *Lumière*. Se admite după această teorie că alteraţia coloidelor plasmatice este acea care determină slăbirea proceselor vitale, dar atât fizicienii cât şi chimiştii nu sunt încă de acord asupra definiţiei care trebue să fie dată coloidelor, căci în vreme ce unii le caracterizează prin proprietăţile pe care le au, alţii le grupează după structura lor, utilizând termenul de *stări coloidale*. *Lumière* deosebea stări coloidale *moleculare* şi altele *micelare*, cele dintâi fiind constituite din molecule mari şi identice răspândite regulat în mediul pe care îl constituesc, iar cele de al doilea fiind formate din aglomeraţiuni de molecule (micelii), prevăzute cu învelişuri care constituesc impurităţile peri-granulare, toate încărcate cu electricitate de sens contrariu celei din micelii. Descărcarea electrică produsă prin diferite cauze determină distrugerea forţei coloidale, care se manifestă prin *maturarea* şi *floculare* coloidelor, corespunzătoare măririi progresive ori aglutinării maselor granulare; dealtminteri *şi numai sub influenţa timpului coloidele sintetice se transformă în mod continu spre a nu mai reveni la starea lor anterioară.* Teoria coloidală a bătrâneţii şi a morţii a aplicat protoplasmei celulare soarta generală a coloidelor nevitale, ambele fiind atribuite floculaţiei. Nu se cunoaşte însă până acum constituţia coloidelor naturale deşi se admite că fiecare speţă produce coloide identice, că lor s'ar datora fixitatea duratei vieţei şi că *oricare celulă care pierde facultatea de a creşte şi a se înmulţi nu mai posedă nici pe acea de a crea coloide noi, evoluând inevitabil către floculare şi moarte.* Cum celulele din corpul oamenilor nu pot să crească necontenit, căci ar da individului dimensiuni monstruoase, urmează deci că ele trebue neapărat să piară; este această constatare care a făcut pe *Lumière* să spere că viaţa s'ar putea totuşi prelungi, fie prin întârzierea într'o oarecare măsură a evoluţiei coloidelor către floculaţie, fie mai degrabă prin redeşteptarea puterii de multiplicare a celulelor. Acest optimism nu a fost însă împărtăşit de prof. *Marinescu*, care a repetat unele afirmaţiuni făcute în anul 1913 şi în articolul din volumul jubiliar închinat lui *Bianchi*: «*Bătrâneţea şi moartea sunt fatal înscrise în curba vitală a coloidelor şi implicit în evoluţia celulelor. Bătrâneţea ca şi moartea sunt fenomene naturale şi necesare, iar hipotezele autorilor cari văd în senescenţă un accident remediabil sunt în discordanţă cu legea universală care guvernează viaţa coloidelor*».

Reluând tema mai sus expusă, *Rudzika* (din Praga), a căutat să-şi dovedească condensarea coloidelor la bătrâneţe prin *topirea cu tripsină, cercetarea p H* şi *floculareа serului prin alcol*, dar atât *Mühlmann* cât şi *Schubenko* au criticat aceste metode, arătând în acelaşi timp că fenomenele constatate sunt de natură chimică şi spunând că nu trebue să se identifice alteraţiunile coloidelor din organism cu acelea a celor sintetice. S'au mai adus apoi şi alte obiecţiuni acestei teorii. Aşa, fenomenele de diferenţiere obsevate la unele organisme supuse inaniţiei şi reluarea evoluţiei lor când sunt din nou alimentate dovedesc că n'ar exista o traectorie evolutivă într'un sens determinat şi prestabilit; cercetările lui *Dustin* au arătat că celule aflate în repaus pot să treacă la Kariokinesă sub influenţa injecţiilor de diferite substanţe; legile nu sunt de cât creaţii ale facultăţilor noastre de a cunoaşte. S'a mai spus apoi că dacă există totuşi floculaţie, ea nu trebue privită ca un fenomen iniţial, ci ca unul secundar, datorit la factori diferiţi printre cari micşorarea schimburilor hidrice, regulate în mod normal de capilarele sanghine şi limfatice: este hipoteza care constituieşte *teoria capilaropatiei senile*, expusă de *Bastai* şi *Dogliotti* în volumul deja amintit: «*Physiopathologie de la vieillesse*». Autorii cred că diferiţii factori constituţionali invocaţi în producerea arteriosclerozei sunt aceiaşi cari produc şi leziunile capilarelor, dar că acestea de pe urmă sunt cu mult anterioare; ei îşi sprijină opiniunea între altele pe constatările lui *Carrel* şi *Krogh*, cari au arătat importanţa capilarelor şi perfecţiunea cu care ele asigură nutriţia organismului; într'adevăr, cel dintâi a dovedit că spre a cultiva un ţesut trebue ca mediul lichid în care este aşezat să fie de 2000 de ori mai mare, ceace ar reveni pentru un corp uman, transformat în pulpă, la 200.000 litri de lichid nutritiv, iar nu la 7—8 litri de care dispune în stare normală, în vreme ce *Krogh* a insistat asupra întinderii reţelei capilare, a cărei lungime în întreg corpul omului ar fi de 100,000 km., numărul lor variind după

speță: 1300 pe 1 mm. în gastrocnemienii calului, 2630 în semi-membranosul câinelui și 4000 în muschii striați ai mamiferelor mici. Leziunea capilarelor le alterează permeabilitatea, iar închiderea și deschiderea lor alternativă ne mai putând să existe, se produce nu numai deshidratarea și atrofia celulelor, dar și proliferarea țesutului conjunctiv și diferitele depozite din protoplasmă, rezultând din punct de vedere funcțional meiopragia constatată la om. S'a spus și despre această teorie că-i lipsesc demonstrațiile anatomice, autorii sprijinindu-se numai pe cercetări capilaroscopice și pe unele constatări indirecte: slăbirea circulației pusă în evidență prin metoda lui *Winternitz*, coexistența hipertensiei arteriale cu hipotensia vânoasă, modificarea permeabilității capilarelor la diferite substanțe. Dar obiecțiunea cea mai importantă este, că nimic nu dovedește că leziunea capilarelor ar fi primitivă. *Pende* crede că în bătrânețe există un desechilibru humoral datorit turburărilor în glandele cu secreție internă și o reducere a sistemului reticulo-endotelial; *Carrel*, observând încetineala creșterii celulelor cultivate în plasma de animal în vârstă, invocă modificări humorale caracterizate prin o rarefacție a substanțelor activante sau prin concentrare mărită a substanțelor inhibitorii; *Mühlmann* socotea că bătrânețea ca și moartea trebue să fie datorite unui defect în nutriție atribuit micșorării suprafețelor de absorbție, în vreme ce *Enriquez*, *Conklin* și *Child* au pus în cauză o micșorare a procesului de oxidație în țesuturi și mai ales în sistemul nervos, iar *Viale* o reducere a permeabilității celulelor pusă în evidență prin acțiunea narcotică comparativă a chloralozei la câini de diferite vârste. S'a admis deci în toate aceste teorii, că acțiunea diferiților factori invocați s'ar exercita nu numai asupra capilarelor, ci asupra tuturor celulelor care constituesc organismul.

Încă din anul 1869, *Brown-Séquard* a exprimat idea, că unele glande cu secreție internă, precum sunt cele genitale, aduc organismului principii cari îi conservă vigoarea, propunând să se injecteze bătrânilor, sub-cutanat, extract de testicole: sunt aceste cercetări care se găsesc la baza *doctrinei glandelor cu secreție internă*. Dacă însă sunt autori cari cred că bătrânețea este datorită atrofiei și hipofuncțiunei relative a gonadelor, alții o atribue slăbirii întregului sistem endocrin. In privința acestei ultime hipoteze s'a spus totuși, că nu poate fi prea mult ținută în seamă, căci cea mai mare parte dintre glande nu prezintă alterații importante la bătrânețe, unele dintr'însele fiind chiar în stare de hiperfuncționare. Nu este tot așa cu cea dintâi, căci numeroase experiențe au dovedit că virilitatea mamiferelor și a paserilor ca și desvoltarea lor fizică și psihică depinde de hormonii secretați de glandele sexuale. Este adevărat că se discută încă dacă acești hormoni sunt produși de glandele interstițiale, așa cum au susținut *Bouin și Ancel*, ori numai de către celulele sexuale, așa cum cred între alții *Voronoff* și *Retterer;* sunt însă toți de acord spre a afirma existența secreției unei substanțe care ar avea o acțiune asupra întregului organism. S'a întrebuințat mai de mult grefa glandelor genitale ca și secțiunea canalelor deferente spre a stimula organismul. Medicul american *Scharp*, din statul american Indiana, spunea că în țara sa continuă să practice încă din anul 1889, vasectomia, spre a steriliza deficienții hereditari, potrivit unei legi speciale votate, afirmând că în toate cazurile în care operația a fost practicată a constatat o întinerire manifestă la pacienți, fără să fi observat vreun inconvenient. *Steinach* și *Voronoff* își datoresc marea lor reputație experiențelor practicate fie prin ligatura canalelor deferente și a oviductelor, fie prin grefele stabilite la unele mamifere. De altminteri printre mijloacele întrebuințate în această hormonoterapie se mai cuprinde încă stimulația psihică prin vederea de femei tinere sau uniune conjugală *(Gerokomia)*. S'a obiectat însă și acestei torii endocrine, că spermatogeneza poate să persiste la bătrâni, că atât femeile cât și bărbații castrați trăesc tot atâta timp cât și persoanele normale, iar diferitele procedee întrebuințate au numai o acțiune trecătoare. *Prof. Marinescu (Academ. Română*, 3 Iunie 1927), afirma chiar că reintinerirea este o himeră, căci nu se poate merge în potriva curentului evoluției, care urmează cursul fatal al fenomenelor fizice și chimice care se desfășoară în celule. Dar, pe lângă glandele sexuale, s'a mai acordat importanță și altor glande cu secreție internă în producerea bătrâneții. S'a observat spre exemplu că dacă se adaogă la hrana mormolocilor glanda tiroidă sau tiroidină, creșterea lor se oprește și se transformă în broaște tinere, un efect contrariu producând glanda thimică; primul rezultat a fost obținut în urmă prin ablația sau cauterizarea glandei tiroide; efecte asemuitoare au mai fost apoi obținute la axolot, formă larvară care trăește și se înmulțește în apă. Se știe deasemeni de mult timp că la mamifere, ca și la om, pe măsură ce organismul crește, thimusul și hipofiza se micșorează în vreme ce se constată o desvoltare însemnată a glandelor sexuale. Care este însă cauza degenerării acestor ultime glande, care determină la rândul lor modificarea în secreția altora? La această chestiune nici *prof. Parhon* nu a răspuns deși este pe punctul de a considera bătrânețea ca o *boală* endocrină. Este locul să amintim că după *Randoine* și *Simonnet* n'ar mai trebui să se așeze bariere despărțitoare între hormoni și *vitamine*, studiul acestora din urmă intrând în domeniul endocrinologiei.

Reluând studiul științific al bătrâneții și al morții, *Metcknikoff* a arătat de mult că ambele fenomene sunt datorite unei *rupturi de echilibru între elementele care constituesc organismul: fagocitele și celulele țesutului conjonctiv păstrându-și forța și energia, iar celulele parenchimatoase slăbind și lăsându-se să fie distruse de cele dintâi.* Cauzele acestei disarmonii ar fi condițiunile defavorabile de viață printre care o nutriție defectuoasă, lucrările istovitoare, suferințele fizice, intoxicațiile prin alcool și tutun, dar mai ales *substanțele toxice rezorbite la nivelul intestinului gros, care atacă în primul rând celulele nobile al organismului, care sunt cele mai sensibile.* Distinsul biolog aducea în sprijinul teoriei sale pe lângă constatările anatomo-patologice, faptul că de mult clinicieni precum *Bouchard* și *Huchard* au insistat asupra intoxicațiunilor având drept punct de plecare tubul digestiv; cercetările anterior făcute de *Strassburger*, care a arătat că în intestinul omului se găsesc zilnic 128.000.000.000 microbi, cari constituesc o treime din dejecțiuni și se întâlnesc mai ales în intestinul gros; prezența în urină de derivați ai fenolului, cresol, indol, skatol, etc. cari au o origine microbienă, așa după cum a dovedit *Baumann;* observația că sunt animalele și paserile care nu au intestin gros care trăesc mai mult, în acest ajutor venind și constatarea că struțul și alte paseri alergătoare au intesitn gros dar și o viață mai scurtă decât ciorile, lebedele și papagalii; considerațiunea că speța umană a moștenit de la strămoși intestinul gros, care nu este însă util decât animalelor care aleargă după pradă și n'au timp pentru exonerație; eficacitatea unora dintre măsurile higienice executate ș. a. S'a obiectat însă lui *Metcknikoff* de către prof. *Marinescu* mai întâi, iar în urmă de către *Léri, Sand, Laignel-Lavastine* și *Voisin*, că în ceeace privește sistemul nervos, nu există fenomene de neuronofagie, celulele nervoase fiind numai comprimate și atrofiate de către macrofage; *Metchnikoff* în colaborație cu *Manouelian* și *Weinberg*

DOLANTIN

clorhidrat de 1 — metil 6 — 4 fenilpiperidina — 4 ester la acidului carbonic

Spasmolitic și Analgezic

DOLANTIN întrunește proprietăți spasmolitice desăvârșite cu o puternică componentă analgetică cu acțiune similară morfinei. Toleranță perfectă. La spasmele musculaturei netede, în colici și în diverse stări algice, chiar forme grave.

Tablete: tuburi cu 10 și 20 de tablete de 25 mgr.
Soluție: cutie cu 5 fiole de 2 cmc.
Supozitoare cutie cu 5 bucăți.

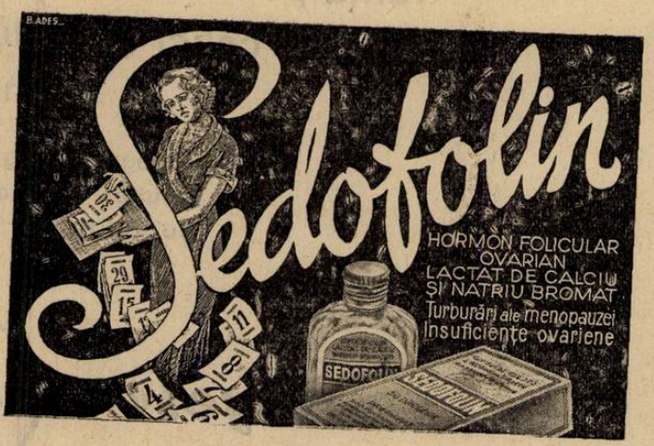
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

şi-a susţinut însă opinia exprimată, socotind că a existat un defect în coloraţie în cupele histologice ale autorilor anterior amintiţi, aducând în sprijin pe lângă macrofagia existentă în părul care se albeşte şi osteoclastele, cărora este datorită rarefierea oaselor la bătrâni, predispunându-i la fracturi. S'a mai invocat însă împotriva teoriei lui *Metchnikoff*, faptul că intoxicaţia organismului este continuă şi nu apare numai la o anumită vârstă, că bătrâneţea nu se întâlneşte numai la mamifere, ci şi la plante şi alte vieţuitoare care nu au tub digestiv şi macrofage, iar elefantul deşi are un caec foarte voluminos, trăeşte mult timp. Ceiace constitue însă interesul deosebit al cercetărilor lui *Metchnikoff* este că, împotriva opiniei generale, a considerat că *atât bătrâneţea cât şi moartea nu trebue să fie considerate ca fenomene naturale, fiziologie, datorie unor cauze inerente organismului, ci drept stări patologice, accidentale*, împărtăşind astfel opinia de mult exprimată de *Naegeli* şi *Oscar Bloch*, cari au proclamat că *fiinţele vieţuitoare sunt nemuritoare.*

Ocupându-se mai întâi de viaţa vegetalelor, *Metchnikoff* a arătat că elementele cele mai simple, cele unicelulare, se înmulţesc necontenit şi sunt nemuritoare ca şi arborii cari trăesc mai mult de 5000 de ani şi sunt distruşi prin cauze externe ; se observă însă moartea la plantele dintre cele două extreme şi dacă distrugerea lor în acelaş timp vine în sprijinul existenţei unei morţi naturale, transformarea unei plante anuale în bi şi trienale este potrivnică acestui fel de a vedea, indicând în acelaş timp că pot exista mijloace spre a prelungi viaţa. In schimb, *la animale, este mult mai greu de stabilit dacă există o moarte naturală*, căci la cele superioare şi la om leziunile anatomo-patologice care se observă la bătrâneţe nu se deosebesc de cele constatate în nefrita şi encefalita cronică spre exemplu, ori în arterioscleroză, iar distrugerea elementelor parenchimatoase de către fagocite şi celulele ţesutului conjonctiv trebue să fie de asemeni considerată ca o moarte violentă. Este adevărat că în statistice este trecută moartea prin senilitate, fiind aceasta considerată ca moarte naturală, dar chiar atunci când bătrânii s'ar părea că mor prin istovire, la necropsie se găsesc leziuni care dovedesc existenţa unor afecţiuni cronice ori a unor infecţiuni rămase necunoscute în timpul vieţii. Se poate însă afirma, că nu există moarte naturală printre animale? *Metchnikoff* credea că la om ea este mai mult potenţială decât reală şi că s'ar putea ivi uneori la o vârstă înaintată; cât este vorba de celelalte animale el ar fi observat-o la un vierme anelid, la rotifere, la efemeride şi la fluturele dudului, dar dintr'o analiză critică a lui *Metalnikov* rezultă, că nu putea fi vorba în aceste cazuri de moarte naturală, ci de defecte de organizare. Care sunt însă celelalte consideraţiuni care au determinat pe *Metchnikoff* şi după el pe numeroşi alţi biologi, să considere că moartea naturală nu ar exista? Mai întâi faptul bine cunoscut, că fiinţele unicelulare se pot înmulţi nesfârşit prin diviziune dacă sunt puse în anumite condiţiuni de existenţă. *Enriquez* cultivând unele specii de infuzorii (paramaecium), a isbutit să obţină până la 2701 generaţiuni, *Metalnikov*, 8704, iar *Woodruff* 13.000 într'un interval de timp de 8—23 de ani. Spre a da o idee de puterea pe care o are o celulă de a crea materie, *Metalnikov* spunea că dacă s'ar admite că o infuzorie nu s'ar divide decât o singură dată într'o zi, ar da în 30 de zile 1.073.741.824 indivizi, iar cum numărul lor din 2 luni ar fi greu de exprimat în cifre, preferă să-l indice în volum : 1 mm. cuprinzând 1000, în 40 de zile volumul ar fi de 1 m.^{3}, în două luni 1.000.000 m^3, iar în patru luni dintr'o singură infuzorie ar eşi un volum de materie care ar întrece pe acela al planetei noastre! Aceiaşi facultate de a se înmulţi o au şi microbii. Există apoi fiinţe multicelulare care nu cunosc bătrâneţea şi moartea, dovadă *celenterate*, care se înmulţesc prin muguri (polipii, spongiile, hidrele, etc.), *viermii*, care deasemenea se pot regenera precum şi numeroase alte specii de animale din clasele superioare, la care însă regenerarea este numai parţială. Se ştie apoi că prin o tehnică specială, *Carrel* a reuşit să cultive celule somatice, care nu manifestă niciun semn de bătrâneţe după 25 de ani de observaţie, iar în sprijinul afirmaţiei că celulele care constituesc corpul animalelor superioare nu-şi pierd aptitudinea creşterii şi a multiplicării indefinite s'a adus şi *cancerul*, care se iveşte la o vârstă înaintată şi chiar în organe cu celule foarte diferenţiate, celulele care îl constituesc înmulţindu-se ca şi cele ale infuzorilor şi putând fi prin urmare deopotrivă considerate ca nemuritoare.

Dar, dacă se consideră în general că celulele care constituesc vieţuitoarele sunt nemuritoare şi că, din această cauză, n'ar trebui să se admită că ar exista bătrâneţe şi moarte naturală, cum se explică faptul că atât moartea cât şi bătrâneţea se observă totuşi atât în regnul animal cât şi în cel vegetal? Am expus mai înainte opinia că n'ar fi vorba decât de *fenomene patologice*, accidentale, *cele mai multe dintre teoriile expuse căutând să explice în acst fel apariţia lor;* sunt însă biologi cari au emis şi alte hipoteze. Aşa, pornind dela constatarea că animalele cresc în înălţime şi îşi măresc greutatea în urma multiplicării celulelor, *Maupas* a pus pe seama lipsei de conjugare a celulelor oprirea înmulţirii lor care se iveşte la vârsta adultă; se ştie însă că existenţa fenomenului nu a fost decât rar constatată chiar la infuzorii, la care se observă în schimb diviziunea celulelor. *Hertwig* a făcut să intervină *pierderea independenţei celulelor* dintr'un organism evoluat, căci dacă unele dintre dânsele sunt supuse organului pe care îl constituesc, toate laolaltă trebue să fie la ordinul întregului şi acesta cu atât mai mult cu cât celulele sunt mai diferenţiate; rezultă prin urmare că celulele unui animal superior nu se mai înmulţesc la un moment dat din cauză că sunt supuse *legilor creşterii organismului. Minot* a împărtăşit această opinie, socotind că adevărata cauză a bătrâneţii este *diferenţierea celulelor*, omul plătind astfel cu preţul vieţei progresul pe care l'a realizat. Pe de altă parte, *Metalnikow* compara fiinţele multicelulare cu o organizare socială în care munca este împărţită şi specializată, fiecare fel de celule având o structură şi o funcţie deosebită; se ştie însă că *prea marea specializare duce la degenerescenţă* şi că, sunt fenomenele regresive care creiază inegalitatea care tulbură armonia necesară existenţei, având drept consecinţă, slăbirea organismului şi producerea de alteraţiuni diferite care duc la bătrâneţe şi la moarte, deci şi la lipsa de regenerare ce se observă la om şi la celelalte animale. In acest chip s'ar explica şi acţiunea substanţelor toxice asupra celulelor nobile ale organismului precum şi conservarea energiei leucocitelor şi a celulelor ţesutului conjonctiv, ultimele fiind altfel alcătuite şi având un rol cu totul special în apărarea corpului. Dacă însă regenerarea celulelor dispare la mamifere, cele ale tegumentului, ale sângelui ca şi celulele sexuale îşi păstrează această aptitudine, fără de care ele n'ar mai putea să existe; s'a spus chiar despre cele din urmă, că ar putea fi considerate ca nemuritoare, căci prin fecondare ele pot da naştere la noi fiinţe care perpetuează speţa, în vreme ce toate celelalte îmbătrânesc şi mor, constituind numai vestmântul celulelor sexuale. Totuşi după *Weissmann* moartea celulelor despre care este vorba nu trebue să fie considerată ca inerentă şi necesară, căci limitarea vieţei lor nu este determinată de necesităţi fiziologice ci de cauze supraindividuale ; este ceace l'a făcut să spună, că

atât procesul sexual cât şi fenomenele bătrâneţei şi ale morţii nu pot fi explicate numai prin disarmoniile amintite, admiţând că ar exista şi un *scop predestinat*, un *rol supraindividual* care face ca *moartea, rea pentru individ, să fie privită ca o adaptare utilă pentru speţă, căci dispune astfel de un isvor nesecat de forţe noi...* S'a obiectat acestor teorii că pe lângă date de investigaţie pozitive mai conţin şi speculaţiuni filozofice. Semnalăm, în sfârşit, că mai sunt autori cari atribue oprirea înmulţirii celulelor din organism constatată la vârsta adultă, *sistemului nervos* de relaţie şi al celui neuro-vegetativ. *Kotsovsky* punând în cauză intoxicaţia centrilor nervoşi. Această teorie a fost reluată de *Metalnikov*, care spre a dovedi rolul centrilor nervoşi şi a stării psihice asupra stimulării activităţii celulare, a arătat experimental acţiunea pe care o exercită în fenomenul imunităţii, o altă serie de experienţe punând în evidenţă acţiunea reflexelor condiţionale atât în fenomentul imunităţii cât şi în modificarea formulei leucocitare sau producerea a diferite turburări trofice.

Oricare ar fi teoriile privitoare la determinarea cauzelor bătrâneţii şi ale morţii, fiecare a căutat să arate şi mijloacele de a le combate sau de a le întârzia apariţia; chiar teoria coloidală care susţine că fenomenele amintite ar fi naturale, iar maturitatea şi floculare protoplamei celulelor ca ineluctabilă, a propus mijloace profilactice şi terapeutice spre a evita ori a întârzia alteraţia coloidelor, spre a suprima floculatele vătămătoare, ori spre a combate efectele iritative ale precipitatelor formate în umori. Amintim higiena alimentară, care ar împiedeca sensibilizarea organismului, evitarea excesului de substanţe saline cu acţiune de dislocare a edificiului micelar, administrarea de hiposulfiţi şi simpaticolitice. Fără îndoială că *Metchnikoff*, atribuind bătrâneţea şi moartea mai ales substanţelor toxice care se formează în intestine şi în special în cel gros, în această direcţie şi-a îndreptat atenţiunea, recomandând în primul rând evitarea pătrunderii în intestine a diferiţi microbi prin înlăturarea alimentelor crude şi înlocuirea lor prin cele fierte ori sterilizate în altfel, iar în cel de al doilea rând, utilizarea de alimente care împiedică desvoltarea microbilor putrefacţiei, cari se află deja în intestine, propunând în acest scop laptele şi unele dintre derivatele sale. Lactoza cuprinsă în lapte se transformă în intestine sub influenţa unora dintre microbi, dând naştere la acid lactic care distruge alcalinitatea mediului necesar desvoltării microbilor putrefacţiei ; kefirul, laptele acru ca şi iaurtul conţin acid lactic preformat şi au aceiaş acţiune asupra florei intestinale. De altminteri împotriva afirmaţiei lui *Herbert Spencer*, care spunea că unul dintre rezultatele civilizaţiei ar fi varietatea în prepararea hranei, *Metchnikoff* spunea că nu complexitatea vieţei civilizate moderne constitue un progres, fiind mai mult preferabilă viaţa simplă, dovadă între altele longevitatea evreilor dintr'o anumită epocă biblică. Simplitatea în alimentaţie, vestminte şi locuinţe şi înlăturarea luxului, care face atât de mult rău oamenilor, ar fi, printre altele, mijloacele care ar îngădui evoluţia ciclului normal al vieţei. De mult timp autorii germani s'au ocupat cu *macrobiotica*, adică arta de a prelungi viaţa, recomandând ca alimentaţia să fie mai ales vegetală şi să se evite tot ceeace poate fi vătămător organismului, uzând fără de a abuza. In acelaş scop trebue să fie combătute şi celelalte cauze care slăbesc energia organismului: intoxicaţiile exogene şi autogene şi infecţiile; vom enumera printre cele dintâi alcoolul, tutunul, produşii metabolismului viciat din boalele de nutriţie, iar întrucât priveşte infecţiile, vom reaminti numai că mai ales datorită metodelor pastoriene, durata medie a vieţii a crescut, după *Paget*, de la 40 de ani cât era în 1850, la 45 în anul 1875 spre a fi acum de58 de ani. *C. Von Noorden*, afirma, sprijinit pe statisticele a 43 companii de asigurare, că persoanele grase trăesc mai puţin: *M. Ernest*, preşedintele Clubului centenarilor din Londra, verificând 2000 cazuri de longevitate, că ori cine îşi poate prelungi existenţa executând unele regule higienice. Cum am indicat anterior procedeele hormonoterapice, vom aminti numai că *Pende* a recomandat asociaţia de preparate hipofiză, gl-genitală, tiroidă şi suprarenale nu numai ca tratament curativ, ci şi preventiv al bătrâneţii. Nu ne rămâne decât să semnalăm şi serurile citotoxice specifice, care în doze mici ar activa ori ar stimula diferitele celule; aplicarea lor nu a pătruns însă în practica medicală.

Dar nu numai biologii, ci şi oamenii de litere şi filozofii, ocupându-se cu descrierea bătrâneţii au indicat şi mijloacele spre a o uşura, ori de a o face să nu apară mai înainte de vreme. *Cicerone* credea că multe dintre relele atribuite bătrâneţii trebue mai degrabă puse pe seama caracterelor unora dintre persoanele înaintate în vârstă, căci *forţa* se poate menţine făcând exerciţii potrivite cu vârsta şi ţinându-se în seamă că cineva nu trebue să bea şi să mănânce decât atât cât este necesar spre a repara puterea, dar nu şi spre aşi încărca corpul; că, dacă bătrânii nu mai pot face ceeace îndeplinesc tinerii, trebue să se ştie că în loc de forţă, iuţeală şi agilitatea corpului sunt fapte pentru care este nevoe de sfat, de prudenţă şi autoritate, calităţi care abundă la dânşii, iar întrucât priveşte *memoria* şi *inteligenţa*, ele se pot păstra până la o vârsta înaintată, dovadă acea ajunsă de mari filozofi şi scriitori din antichitate, dar cu condiţia ca să fie exercitate căci în felul acesta se execută «curse», «alergări», fără de cari luminele creerului se sting ca acelea ale unor lămpi. Este adevărat, spunea *Cicerone*, că omul bătrân nu mai are *plăcerile* din tinereţe, dar şi dorinţele dispar în acelaşi timp şi tocmai despre ele *Platon* spunea că sunt momeli către rău, oamenii lăsându-se să fie prinşi întrânsele aşa după cum se prind peştii în undiţă. In sfârşit, spre a vedea terminarea vieţei înainte de a-i simţi osteneala şi desgustul, marele retor şi scriitor recomanda, drept cele mai bune arme, studiul şi practicarea virtuţilor, ori cultivarea pământului, care ar fi cu deosebire prielnică pentru cei bătrâni. *E. Faguet («De la vieillesse»)*, credea că bătrâneţea este o boală care se îngrijeşte prin higienă, economia forţelor, înţelepciune, bun simţ, viaţă sănătoasă şi ordonată. *H. Lavedan («Le vieillard»)*, socotea că forţele fizice, dar mai ales cel spirituale, se pot menţine prin exerciţii, amintind cuvintele lui *Montaigne:* este privilegiul spiritului de a scăpa de bătrâneţe, de a înverzi şi a înflori ca vâscul pe arborele mort. *André Maurois* sfătuia deasemeni pe bătrâni să facă exerciţii fizice: scrimă, tennis, natăţie, box, etc., cu condiţia ca ele să fie practicate continu, căci nu se poate întrerupe o bătrâneţe care a început, tot secretul consistând în a nu te lăsa. Cunoscutul academician adăoga în urmă, că îmbătrânesc mai puţin repede persoanele care şi-au conservat motivele de a trăi, căci acţiunea te poate scăpa de bătrâneţe, iar pentru persoanele care s'au resemnat, considerând-se ca spectatoare ale unei lumi căreia nu mai aparţin, recomanda ca cei mai buni însoţitori pe marii scriitori ori compozitori muzicali, căci adeseori forţa este o chestiune de sănătate, iar nu de etate. Pe de altă parte *Metalnikov*, insistând asupra rolului sistemului nervos şi a stării psihice asupra organismului, a arătat că provocarea de reacţii în acest sistem este tot aşa de necesară ca şi întrebuinţarea de remedii, preconizând educaţia voinţei prin antrenare, auto şi hetero-sugestie; autorul aducea în sprijinul acestei afirmaţiuni rezultatele obţinute de către şcoalele *Joga* din Indii, care dacă au isbutit să provoace la discipoli facultatea de a influenţa organele interioare prin voinţă, au mai

format şi o disciplină mentală, asigurând echilibrul fizic şi moral atât de necesar prelungirii existenţei.

Dacă mijloacele empirice, dar mai ales cele ştiinţifice, propuse şi executate în ultimele decenii, au avut drept rezultat prelungirea vieţei oamenilor, ştiinţa nu a isbutit să rezolve şi problema dificilă pe care şi-o propusese, acea de a descoperi cauzele bătrâneţii şi ale morţii spre a le putea combate; este sigur însă că progrese au fost realizate, iar dacă totuşi ele nu corespund aşteptărilor, este datorită faptului că nu s'a stabilit încă un plan general de luptă, lipsind *Institutele de cercetări experimentale* în special consacrate *Gerontologiei* şi *Tanatologiei*, în care eforturile savanţilor să fie împărţite şi coordonate. Se admite că esenţa vieţei n'ar rezida numai în structura materială, ci mai ales în procesul vital neîntrerupt, în aptitudinea nelimitată de creaţie a materiei vii; pe de altă parte este o noţiune care se desprinde din cercetările relatate, că împotriva credinţei comune, sunt savanţi cari socotesc că nimic nu îndrituieşte afirmaţia că ar exista o bătrâneţe şi o moarte naturală, toate celulele organismului urmând să fie considerate ca nemuritoare. La limita de jos a scării zoologice se găsesc fiinţele unicelulare, protozoarele nemuritoare, iar urcând treptele se constată că există o regenerare a celulelor şi la animalele mai desvoltate cum sunt celenteratele, devenind însă progresiv mai slabă la viermi, echinoderme, moluşte, insecte, amfibii şi reptile spre a dispare la vertebratele superioare; la om, la o vârstă înaintată, nu mai persistă decât regenerarea unora dintre celulele pielei, apoi a acelora ale părului şi unghiilor precum şi celulele sângelui şi cele sexuale. Care este cauza opririi acestei regenări? Am expus diferitele teorii emise. Ne mărginim să semnalăm că în timpul de faţă atenţiunea biologilor este îndreptată mai ales asupra factorilor cari stimulează şi regulează multiplicarea celulelor din organism, cari odată descoperiţi ar rezolva şi chestiunea de care ne ocupăm. Cercetările îşi continuă drumul anevoios şi sunt pe deplin îndreptăţite. Se înţelege că, în aceste condiţiuni, contrariu afirmaţiunilor lui *Tolstoi* ca şi a altor oameni de litere, cari au căutat să dovedească inutilitatea ştiinţei în soluţia principalelor probleme care frământă umanitatea, trebue să împărtăşim mai de grabă opinia optimistă de mult exprimată de *Metchnikoff*, care glorificând sforţările neîntrerupte ale savanţilor, spunea că un singur ideal ar fi capabil să şi unească oamenii de pretutindeni: *credinţa în puterea ştiinţei.*

CHESTIUNI TERAPEUTICE DE ACTUALITATE

Starea actuală a terapiei în Angina de piept

Privire succintă asupra mijloacelor folosite în ultimii 10 ani

de Dr. PĂUNESCU-POIANU

Arsenalul terapeutic al anginei de piept este azi mai bogat, mai complex şi mai eficace ca în trecut. Numărul mijloacelor de luptă a crescut. Al succeselor de asemenea. Dar formula care să domine cu totul tratamentului anginosului nu s'a găsit încă. Şi e greu să se găsească altceva decât paliative, în angorul cardio-arterial, în care elementul organic se află în centrul determinismului.

Angorul cardio-arterial este o afecţiune organo-funcţională; un sindrom neuro-vasculo-miocardic. Fisiopatologic el se află sub dependenţa — în proporţii diferite — a trei factori: scleroza coronariană spasmul coronarian şi susceptibilitatea sistemului nervos cardiac. Primul factor determină cu deosebire pronosticul; ceilalţi doi alura clinică şi apariţia acceselor.

Terapeutica vizează pe fiecare din aceşti factori. Prin măsuri higienice vizează menajarea sistemului nervos cardiac şi înlăturarea factorilor declanţuitori ai crizelor. Prin mijloace active medicamentoase, fisioterapeutice, chirurgicale, încearcă împiedicarea spasmului şi întârzierea sau contrabalansarea sclerozei coronarelor.

Numeroasele mijloace recomandate şi încercate în ultima vreme, reprezintă fiecare un aport important. Şi fiecare are partea lui de succese. Prin ele câmpul posibilităţilor de luptă s'a lărgit mult. Dar nici unul nu a rezolvat problema terapeutică.

Terapia anginei de piept continuă să fie şi azi încă, o luptă grea şi nesigură.

*

Pornind dela un concept personal, după care angorul se desvoltă pe un teren favorabil constituit de insuficienţa cardio-vasculară latentă, Edens (Munch med. Wschr. No. 37—1934) a aplicat în tratarea acestui sindrom, injecţiuni repetate de **strofantină**. A obţinut rezultate remarcabile, pe care Plugge şi Birk le-au confirmat după o experienţă largă. (Dtsch. med. Wschr. No. 11—1937).

Smith în Anglia a relatat foloasele pe care le aduce în angor o cură de **insulină + glucoză** (Brit. med. Journ. 22-VI-1933). Durerea anginoasă s'ar datori mai ales unui metabolism defectuos al hidrocarbonatelor în miocard; insulina lucrează pe deoparte stimulând acest metabolism glicogenic miocardic, pe de altăparte influenţând favorabil tendinţa de ateromatoză a coronarelor. Tratamentul cu insulină-glucoză are mulţi exponenţi în Germania unde protagonistul de seamă e Bickel.

Un loc de seamă în orientările terapiei actuale a angorului, îl ocupă cercetările făcute cu **diferite produse organoterapeutice**. Rezultatele sunt foarte variate.

In medicina franceză, încercările făcute de Gley şi Kisthinios cu un extract pancreatic desinsulinizat, au rămas fără mare răsunet. Deasemenea cu vagotonina lui Santenoise.

Mai mult s'a lucrat în direcţia organoterapiei, în şcoala germană. Haberlandt a arătat în 1924(ducând mai departe unele cercetări ale lui Demoor şi Rylant), bunele efecte asupra miocardului slăbit, ale unui extras de miocard din regiunea sinusurilor, a nodulului lui Tawara şi a fascicolului lui His. Zwardemaker a dovedit apoi nespecificitatea acestui extras şi o mulţime de autori au putut să izoleze produse cu acţiune analoagă din diverse alte părţi organice: din ficat (Ascher, Zulzer), din sânge (Zwaardemaker), din muşchi striat (Schwartzmann din Odessa). Azi există în comerţ o mulţime de asemenea produse zise hormonale (în realitate simple extracte organice), cu acţiune asemănătoare între ele şi cu efecte folositoare în angor: *embran, eutonon, padutin, lakarnol, myoston, procor*, etc. Cercetările făcute până acum cu aceste produse organoterapice sunt destul de numeroase. Una din expunerile cele mai bune şi mai obiective o constitue, cred, aceia a lui Schretzenmayer (Zeischrift f. Kreislaufforsch. No. 8-1932). Un bun articol documentar se găseşte şi în România medicală din 1-VI-1935 (Prof. Bacaloglu, Enăchescu, Sâmboteanu).

Acţiunea principală a acestor produse este vaso-dilataţia în circulaţia periferică şi în genere în toate vasele de calibru mic şi mijlociu, coronare inclusiv. Ea s'ar datori, după majoritatea autorilor, unui produs intermediar de metabolism, acidului adenosin-fosforic, derivat al adenosinei, substanţă vecină d. p. d. v. chimic cu glucozizii digitalei şi cu puternică acţiune vasodilatatoare. In angor se obţine prin substanţele arătate, rărirea şi uşurarea crizelor (Fahrenkamp, Görl, Singer, Nielsen).

Halbron cu Lenormand şi Dartigues (Pr. med. No. 14-X-1933) şi Journ. d.

prat. 10-II-1934) au recomandat în tratarea anginei de piept, **histidina**, în injecţiuni precordiale intradermice: zilnic ½ cc histidină sol 4%. Ameliorări uneori impresionante. Histidina ar lucra ca un sedativ al simpaticului. Tratamentul acesta reaminteşte vechea metodă a lui Sicard şi Lichtwitz, de injecţiuni intradermice precordiale cu novocaină, metodă care dădea uneori şi ea bune rezultate.

A mai fost încercat şi în angor **serul clorurat hipertonic**, introdus de americani apoi de germani în tratamentul trombangeitei obliterante (Samuels, Silber Bax). Se fac injecţii intravenoase de 3 ori pe săptămână cu câte 300 cc. ser clorurat 2%, rărindu-se apoi la 1 pe săptămână, una la 2—3 săptămâni, etc.

In câteva cazuri grave, la bolnavi imobilizaţi în pat, făcuţi infirmi, *Bullrich* (Rev. Argent. de Cardiol No. 2-1936) a făcut **venin de cobra** în injecţiuni intravenoase, după ce epuizase toate celelalte tratamente obicinuite. Rezultate impresionante: toţi bolnavii s'au ameliorat şi şi-au reluat lucrul. Dar nici modificările cardiografice anterioare, nici cele de tensiune, nu s'au redus. Veninul e doar un analgesic. Pronosticul bolii rămâne acelaş. Ferrari (Terapia 1938 Mai) a relevat deasemenea bunele efecte ale acestei metode, arătându-se chiar mai optimist decât Bullrich.

Lian a proslăvit într'o serie de articole (o privire de ansamblu în J. med. fr. No. 10-1933) injecţiunile subcutanate de CO^2, de **CO^2 cu substanţe radioactive**, înfine de **gaze carbonice dela Royat.** Două accidente semnalate la Soc. de hidrologie de Deschamps, sunt considerate de Lian drept coincidenţe. Injecţiile cu gaze carbonice scad crizele atât în frecvenţă cât şi în intensitate; în plus scad simţitor rezerva alcalină (Dodel, Laroche Soc. biol. Mai 1933). Şi în *inhalaţii* aceste gaze dau bune rezultate, dar inferioare celor obţinute prin injecţiuni (Lian Pr. med. 7-VI-1933). *Loeper*, cu Lemaître, Mougeot şi Aubertot (Pr. med. 7-VI-1933) preferă *băile carbonice.*

Oxigenoterapia masivă a dat rezultate minunate lui Flandin, Poumeau-Delille, Lemaire, Basset.

Infine mijloacele fizice electrice au fost puse şi ele la contribuţiune şi au furnizat unele succese. **Diatermia** utilizată pentru prima dată de Bordier, respinsă de Lian a dat adeseori rezultate remarcabile lui Domarus, în aplicaţiune precordială (Med Welt Iunie 1934) Dar mai ales **razele ultrascurte** se bucură de bune aprecieri. Laubry şi Meyer, apoi Giroux şi Dausset (Pr. med. XI—1933 şi Acad. fr. med. mai—1933) împreună cu Lian sunt susţinătorii cei mai convinşi ai acestui mijloc terapeutic. Tot Lian are bune cuvinte de recomandaţiune pentru **radioterapia** precordială: 15—20 de şedinţe în doze 50—100 r.

*

Ultimii 2—3 ani sunt marcaţi prin apariţia în terapeutica anginei de piept a câtorva mijloace deosebite de cele de până acum: o serie de substanţe simpaticolitice noi, radioterapia suprarenalelor şi câteva intervenţiuni chirurgicale destul de îndrăsneţe.

S'au încercat **3 medicamente simpaticolitice, din seria benzodioxanului: 883 F** (Clerc şi Sterne, Soc. med hop. Paris 23—IV—1937; Sterne, Ann. med. 4—XI—1937; Clerc, Sterne, Lenoir, Pr. med. 22-X-1938), **933 F.** (Sterne, Ann. med 4.XI.1937; Audier, Arch. mel. coeur, Dec. 1938 etc.) şi **1262 F.** (Clerc şi Sterne Pr. med. No. 85—86, 1933). Rezultatele până aci publicate sunt promiţătoare. Uneori succese cu totul deosebite. Dar, firesţe, e nevoe încă de multe încercări pentru precizări.

Radioterapia suprarenalelor a fost recomandată de Raab din Viena, (Gesellschaft d. Aerzte Wien 1937; Arch. f. Krsffschg No. 7—8, 1937). Raab a pornit dela observaţia că unele cazuri de hiperepinefrie se însoţesc, pe lângă hipertensiune şi de dureri anginoase. El crede că în majoritatea cazurilor durerile anginoase sunt provocate de acţiunea unor descărcări adrenalinice asupra unui miocard rău irigat, prin scleroza coronarelor. Tratând un mare număr de cazuri de angină pectorală prin iradiaţia suprarenalelor a obţinut la majoritatea bolnavilor vindecări sau ameliorări simţitoare: apreciabilă scădere în intensitatea şi frecvenţa acceselor. Nici un efect secundar supărător. Iradiaţiile ar împiedica descărcările bruste de adrenalină. Se produc modificări histologice caracteristice, constatate de Cottenot, care a recomandat metoda pentru tratarea hipertensiunii arteriale.

In **chirurgia simpaticului** stau faţă în faţă cele 2 metode de simpatectomie cervicală inferioară parţială: cu extirparea stelatului (a lui Leriche) şi cu conservarea lui (Danielopolu). Şi una şi alta din metode au partizanii lor. Vechile metode ale lui Brown-Coffey (simpatectomia cervicală parţială superioară) şi a lui Toma Ionescu-Gomoiu (simpatectomia cervicală totală) au pierdut în schimb orice teren.

S'au mai făcut încercări prin acţiuni nesângerânde asupra simpaticului cervical. Mandl a recomandat **injecţiunile dorsale juxtarachidiene cu novocaină** (VIII c—VI sau VII D) Le-a reluat apoi **cu alcool** (Wien kl. Wschr. No. 16—1935), după Swetlow. Whitte a folosit deasemenea acest mijloc în numeroase cazuri (citat după Lian). Rezultate discutabile: Lian a obţinut unele ameliorări cu novocaină şi destul de multe neplăceri cu injecţiile de alcool. Şi Whitte a descris neplăceri, iar Paul—Marin (Arch. mal. coeur Mars 1935) a avut chiar un caz mortal pe lângă numeroase încoronate de succes. Deaceia metoda trebue rezervată numai cazurilor grave, însă fără insuficienţă cardiacă prea pronunţată. E o metodă cu riscuri.

Infine Donzelot cu Menetrel au obţinut succese importante în numeroase cazuri de angor prin **infiltraţiunea cu alcool a ganglionului stelat** (Soc. card. 1938).

Chirurgia simpaticului rămâne oricum o «resursă supremă şi limitată» în angina de piept, spune Laubry (Bull, med. No. 54—1938). Succesele ei nu depăşesc pe cele medicale, de aceia va fi încercată numai în caz de eşec a acestora.

Două metode chirurgicale noi au încercat deasemeni să rezolve chestiunea angorului: **revascularizarea cordului** şi **tiroidectomia totală.**

Prima e o metodă îndrăsneaţă; dar e interesantă şi pare eficace. Au recomandat-o Feil şi Beck (Journ. Amer. med. Ass. No. 22—1937), cari remarcând că aderenţele pericardice patologice conţin vase de neoformaţiune venind din cele ale mediastinului şi realizând o circulaţie cardiacă complimentară extracoronariană, au avut ideia să provoace artificial prin intervenţie, crearea de aderenţe perimiocardice. Au grefat muşchi pectoral sau grăsime pericardică pe cord, după ablaţia pericardului. După o fază de tatonare, perfecţionând metoda, au căpătat rezultate destul de încuraiatoare (pe 25 de cazuri), rezultate confirmate apoi de Davies, Mansel, O'Saughnessey (Lancet No. 5936—1938), pe 20 de cazuri. (O bună revistă generală a chestiunii, cu bibliografie: Bérard; Presse méd. No. 10 1938).

A doua metodă chirurgicală despre care am vorbit este datorită lui Blumgard, Levine şi Berlin. Metoda a fost mult aplicată în asistolie. In angor, din 20 de cazuri 10 s'au vindecat, în 7 ameliorarea e apreciabilă, în 3 mai uşoară. (Arch. int. med VI—VIII, 1933; Pr. med. juin. 1934). S'au mai publicat şi alte rezultate satisfăcătoare (Arnulf 1934; Laporte şi Pham—Hul—Chi, 1935; Mandl, 1936).

*

S'au relatat în ultima vreme succese remarcabile în tratarea turburărilor de circulaţiune periferică, prin **hormoni sexuali** şi cu deosebire prin **folicu'ină.** Teige (Med. Kl. No 35/1937), Hitzenberger (Cernăuţi med. 1938), Vogt (Fschr. d. Ther. No. 3/1939), Ratschow (Zbl. f. inn. Med. No. 21/1940)

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

PROFILAXIA ŞI TERAPIA RACHITISMULUI

VIOSTERIN

DR. WANDER

Vitamină D standardizată în unităţi internaţionale

Uleiu
1 cmc = 15.000 unităţi

Drageuri
1 drageu = 3.000 unităţi

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON

DR. WANDER
Sirop

IN TUBERCULOZA
BRONŞITE, GRIPA

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3–4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol. izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Mitr. Ghenadie Petrescu 77 Tel. 3.11.42

Anertan — intramuscular

Anertan-Oel — percutan

hormon sexual masculin

(propionat al testosteronului)

Pentru bărbaţi: în prostatism şi astenii, în domeniul fizic, psihic şi sexual.

Pentru femei: metroragii, mastopatii, prurit vulvar,

Pentru copii: în criptorhidie, infantilism, enureză, inapetenţă şi lipsă de energie.

Anertan-fiole: 4 × 5 mg
4 × 10 mg
2 × 25 mg

Anertan-Oel:
10 g = 400 picături = 50 mg Anertan

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

au înregistrat rezultate uneori impresionante în cazuri severe de angeite obliterante, gangrene, ulceraţii ale coapsei. Ratschow s'a folosit cu acelaş succes şi de hormonul masculin. Se fac 10.000—50.000 u. zilnic, mai multe zile la rând, apoi la intervale. Tratamentul cu hormoni sexuali e considerat azi de cercetători, drept cel mai important în turburările circulatorii periferice.

Plecând dela aceste constatări, ne-am gândit să aplicăm tratamentul cu hormoni sexuali în angina de piept cardio-arterială, sindrom vasculo-circulator coronarian, în marea majoritate a cazurilor. Urmărim de mai multă vreme această ipoteză de lucru Nu ne-am putut face încă convingeri serioase.

*

Merită să fie menţionate alături de mijloacele noi preconizate în tratamentul anginei de piept, două studii recente cari aduc importante precizări asupra unor medicaţiuni mai de mult atilizate, devenite clasice chiar, precum şi asupra valorii condiţiunilor higienice în angor.

Cercetând prin metode obiective de oarecare precizie (proba toleranţei la exerciţii) o serie de 15 medicamente diferite din cele întrebuinţate în mod curent, Riseman şi Brown au ajuns la următoarele concluzii: Trinitrina dă rezultatele cele mai constante; previne crizele şi permite o activitate convenabilă fără turburări la toţi bolnavii cercetaţi. In administrare fracţionată, continuă, la fiecare oră, ea a putut să debaraseze pe bolnavi de crize şi să le permită o viaţă convenabilă. Dozele mici, de 1/10 mgr. sunt deopotrivă de eficace ca cele mari; în plus nu dau loc la nici un fel de turburări secundare. Sulfatul de chinidină şi aminofillina numai la dozele de 0 gr. 20. Şi mai puţin folositoare s'au dovedit asociaţia de theofillin-salicilat de calciu, tetranitratul de eritrol, sulfatul de atropină apoi nitritul de sodiu şi dinitrofenolul. Sulfatul de codeină şi barbituricele nu măresc rezistenţa la lucru şi nu sunt capabile să împiedece accesele, dar sunt adjuvante destul de utile ca sedative nervoase-vegetative. Infine digitala nu are nicio valoare; nu numai că nu împiedecă crizele, dar uneori le măreşte în mod evident frecvenţa. (Arch of. int. Med. No. 1/1937).

Şi Kisch (Wien. med. Wsch. Nr. 15 1937) socoteşte trinitrina drept cel mai bun medicament contra angorului.

Hoyle şi Evans (Lancet No. 5768/1934) au arătat foloasele mari ale repausului în pat, pentru tratamentul anginei de piept, In 17 din 23 de cazuri s'au obţinut ameliorări apreciabile după un repaus prelungit de o lună sau chiar mai mult. Niciodată însă vindecări. Un tratament medicamentos asociat măreşte efectele. Repausul la pat este deci un preţios adjuvant în tratamentul anginei de piept.

*

După cum se vede din expunerea de ansamblu de mai sus, ultimii ani au adus o amplificare apreciabilă a mijloacelor de luptă contra anginei de piept. Dar nu au dus la soluţii categorice. Prin ele problema terapeutică a angorului nu s'a rezolvat. Vechile mijloace nu şi-au pierdut locul şi importanţa. Ba încă, precum dovedeşte cercetarea recentă a lui Riseman şi Brown, sunt încă sprijinul de seamă al terapiei. Trinitrina stă încă la locul de frunte.

Terapeutica anginei pectorale nu beneficiază până în prezent de un mijloc de eficacitate absolută, universală. Şi e greu de presupus că s'ar putea găsi vreodată, date fiind diversitatea circumstanţelor determinante şi gravitatea elementului organic, coronarita, care apasă fisiopatologia sindromului. Tratamentul angorului trebue să fie, cum spune într'un articol recent şi Hochrein (Med. Welt No. 18/1940), cauzal şi individual. El trebue să se sprijine pe un ansamblu de elemente, care poate fi sintetizat în următorul trepied: reglementarea vieţii, ameliorarea circulaţiei miocardice şi liniştirea sistemului nervos.

Narcoza de scurtă durată pe cale intravenoasă în dermatologie*)

de Dr. T. TEODOSIU

Sunt cazuri în dermatologie, unde anestezia locală este exclusă, de exemplu atunci când se intervine asupra tumorilor maligne; dar chiar în intervenţiile obişnuite, la persoanele emotive, am preferat narcoza intravenoasă prin Evipan Sodic.

Astfel în serviciul de dermatologie din Spitalul Militar «R. E.» s'a practicat acest procedeu la 110 bolnavi repartizaţi după diagnostic:

Furuncule antracoide	20
Fistule perianale	9
Epitelioame	24
Lupus tuberculos	23
Limfogranulomatoză-ing. benignă	25
Hemoroizi externi	8
Tuberculoză verucoasă	16
Angioame	16
Verugi vulgari	50
Condiloame	15
Granuloame	20

Nu se pot da directive precise şi scheme de narcotizare, deoarece fiecare caz trebue luat separat, după cum reacţionează la doza minimă de adormire.

In cazurile noastre am adoptat următoarea conduită:

Din soluţia de 10% preparată proaspăt se injectează primul cmc. în 10—15 secunde, după care se aşteaptă 1—2 minute.

Se introduce apoi câte ½ cmc. cu pauze de 1—2 minute, până ce bolnavul a adormit complect, se mai injectează încă 1 cmc. iar acul se menţine în venă pentruca la nevoie, dacă intervenţia se prelungeşte, să se mai introducă din această soluţie.

La intervenţiile noastre, care au fost de scurtă durată, variind între 3—6 minute, n'a fost nevoie să se adauge mai mult de 1 cmc. peste doza de adormire.

De obiceiu adormitul este foarte lin, bolnavul trece în stare de narcoză pe nesimţite. Intervenţia, care a constat în cazurile noastre, în electrocoagularea leziunilor, s'a putut începe de multe ori chiar înainte de a fi adormit bolnavul, deoarece sensibilitatea dureroasă dispare mai de vreme.

Deşteptarea se face cu atât mai repede cu cât am fost mai aproape de doza narcotică pe care n'am depăşit-o cu mult.

Doza totală administrată bolnavilor noştri a variat între 3—6 cmc.

La unul dintre bolnavii anesteziaţi s'a repetat de 4 ori la interval de 2—3 săptămâni, fără niciun inconvenient, totuşi cantitatea de anestezic a fost din ce în ce mai mare, ajungând până la 10 cmc. ultima dată.

Nu s'a observat niciodată fenomene de excitaţie sau tremurături în timpul sau după narcoză. In cazurile unde bolnavii au gemut în timpul somnului, ei nu-şi mai reaminteau la deşteptare.

Studiile făcute de diferiţi cercetători în privinţa eliminării acestui produs au ajuns la concluzia că el nu se elimină din organism ca atare, ci descompus chimiceşte şi că organul care neutralizează Evipan-ul sodic este ficatul, rinichii neintervenind nici în procesul de neutralizare, nici ca organ de eliminare. De aci ar rezulta ca principală contra-indicaţie insuficienţa hepatică.

Noi am întrebuinţat această narcoză la un bolnav de 60 ani. etilic şi cu un trecut hepatic foarte încărcat fără a avea nici o neplăcere, a adormit după 2½ cmc., iar doza totală a ajuns la 3½ cmc.

Narcoza a durat 5 minute, bolnavul s'a trezit foarte repede şi foarte bine dispus.

Cu acest preparat s'a pus la dispoziţia medicului fie la spital sau în cabinetul său, un mijloc bun, simplu şi comod, de anestezie generală de scurtă durată pe cale intravenoasă.

*) Lucrare făcută în Spitalul Militar «Central» R E. Serv. Dermatologic (Med. şef Dr. *S. Longhin*).

ŞCOALA ELITELOR MEDICALE:

Externatul şi Internatul în ierarhia medicală; Locurile de preparatori şi asistenţi în ierarhia medicală

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Intr'un articol anterior am arătat, cu sinceritate, că învăţământul obişnuit pe care îl predă Facultăţile de medicină se adresează marei masse a studenţilor şi urmăreşte o bună pregătire profesională şi o formaţiune spirituală medicală, indispensabilă practicei acestei arte.

Tot atunci arătam că şcoala elitelor medicale nu se poate face în amfiteatrele suprapopulate şi cu atât mai puţin în laboratoarele extrem de aglomerate în orele de lucrări practice.

In epoca actuală, când problema formărei elitelor constitue o preocupare de primul ordin, pentru conducerea Statului, Facultăţile de medicină nu pot deveni în nici un caz şcoale practice cu preocupări minore de ordin profesional. Oricât de mari sunt nevoile ţărei în ceiace priveşte personalul medical imediat necesar organizărei sanitare a Statului, preocupările învăţământului oficial nu pot fi îndreptate numai în această direcţie.

Sunt absolut convins că toate Facultăţile trebue să se încadreze în tendinţa generală a Universităţei, aşa de cuprinzător fixată într'un articol recent, de d. Rector *P. P. Panaitescu*, şi anume că : *Universitatea trebue să urmărească, — în primul rând, — Cultivarea Ştiinţei.*

Soluţionarea problemei care ne preocupă în articolul de faţă, va ajuta foarte mult tocmai posibilităţile de cercetare ştiinţifică în Facultăţile de medicină.

Elita medicală a zilei de mâine nu mai poate fi aceia formată din oameni cari posedă bine o technică, exercită corect o specialitate şi se achită constiincios de îndatoririle funcţiunei ce deţin.

Pe lângă aceste însuşiri cari vor trebui să constitue obligaţiunile minimale pentru orice funcţionar public, — omului de elită i se cere iniţiativă, energie creatoare, devotament pentru idee, inovaţiuni în domeniul specialităţiei sale.

Pentru un astfel de rol se cer însuşiri deosebite cari ţin la constituţia şi temperamentul individual.

Desigur că şcoala nu poate creia acest fel de calităţi cari sunt înăscute. Ea însă le poate cultiva acolo unde se găsesc şi este datoare, să pună în condiţiuni optime de desvoltare pe acei ce le au.

Facultăţile de medicină, mai mult decât alte instituţiuni universitare, au şi datoria şi posibilitatea să ajute desvoltarea unei puternice elite medicale în generaţiile tinere.

Această datorie decurge atât din preocupările fundamentale ale Universităţei de a cultiva ştiinţa cât şi din obligaţiile ei de a forma noui şi mulţi cercetători.

Ceiace ţinem să subliniem este că Facultăţile noastre de medicină au posibilitatea de a înfăptui temeinic această îndatorire a lor.

Pentru aceasta este necesar să adaptăm tot ceiace era bun în vechile noastre tradiţii medicale, la spiritul nou care conduce ţara.

*

O primă selecţionare a studenţilor în medicină, cu însuşiri deosebite, se face prin concursul de externat, care se dă după doi sau trei ani de studii. Printr'o bună selecţionare a serviciilor unde externii îşi fac stagiul, prin consolidarea externatului unificat la toate instituţiile medicale din centrele universitare, prin scutirea externilor de a urma cursurile ce se predau dimineaţa, — această instituţie va putea asigura un mai mare randament numeric şi calitativ.

Internatul a format întotdeauna elita medicilor clinicieni. Consolidându-l, se asigură şi mai multe posibilităţi de lucru tinerilor de valoare pentru formarea lor technică şi pentru un bun început de activitate ştiinţifică personală.

Examinând obiectiv modul de funcţionare al externatului şi internatului, constatăm că modificările necesare sunt mici, întru cât ele s'au dovedit instituţiuni bine organizate şi foarte utile atât spitalelor cât şi învăţământului.

*

In ierarhia Unversitară, formarea elitelor medicale se face în clinici şi laboratoare. Trebue să recunoaştem că aici, mecanismul de selecţionare şi cel de evoluţie, se cere revizuit întru cât funcţionarea lui se face în codiţiuni defectoase.

O primă măsură de îndreptare s'a luat prin legea de «Adaptare a învăţământului superior la structura statului naţional legionar» din 31 Octombrie 1940.

In această lege se prevede că locurile de preparatori şi de asistenţi se ocupă prin concurs ştiinţific. Iată deci o bună garanţie de obiectivă selecţionare.

Aceste dispoziţiuni principiale trebuesc însă complectate prin măsuri care să asigure o normală evoluţie elementelor de valoare.

Cea mai mare dificultate în calea aplicărei noilor principii de selecţionare, o formează faptul că locurile sunt blocate, fiind ocupate de oameni care din motive variate nu au putut sau nu pot evolua.

Deci prima chestiune ce se pune este deblocarea locurilor de preparatori şi asistenţi.

Intre ei vom distinge două categorii:

a) Elemente cu o serioasă pregătire ştiinţifică şi profesională, complect formaţi pentru a ocupa, cu autoritate, primele locuri ale ierarhiei universitare.

Imprejurări nefavorabile, legi potrivnice, neînţelegerea oamenilor sau concepţiuni greşite universitare, i-au împiedicat să evolueze reţinându-i în locuri de mică importanţă. Aceasta chestiune va trebui serios examinată din punct de vedere universitar, întrucât interesul ştiinţei şi culturei româneşti este ca oamenii de înaltă valoare intelectuală pe care îi avem, să fie utilizaţi în raport cu posibilităţile lor de acţiune. Dar despre această problemă ne vom ocupa într'un alt articol.

b) O a II-a categorie de asistenţi este formată din oameni pe cari practica medicală i-a absorbit în dauna preocupărilor ştiinţifice şi didactice. Din această cauză ei au renunţat la o evoluţie universitară păstrându-şi locuri cari nu mai cadrează nici cu vârsta şi nici cu poziţia lor socială.

Legile cu intenţiuni inovatoare din trecut, cuprindeau un articol tranzitoriu care anula ori ce posibilitate de înoire, întru cât prevedea respectarea tuturor drepturilor câştigate, dispoziţie, graţie căreia, — toată lumea rămânea pe loc.

Şi prin «drepturi câştigate» se înţelegea păstrarea unui loc de asistent până la adâci bătrâneţi, fapt ce împiedeca intrarea în învăţământ a multor elemente tinere de excepţională valoare.

Principial însă asistentul trebue să fie tânăr, entuziast, cu pasiune pentru ştiinţă şi cu interes pentru activitatea didactică.

Locurile de preparatori şi de asistenţi trebuesc rezervate exclusiv tinerilor. Odată acest principiu admis, el trebue legiferat, astfel ca să nu mai poată fi eludat prin interpretări juridice. Precum nu se poate concepe într'o armată bine organizat, locotenenţi de 50 de ani, — nu se poate admite asistenţi de această vârstă. Este un non-sens, care nu mai poate dăinui.

De aceia cred că trebue procedat la o deblocare masivă a cadrelor actuale, redând aceste locuri tinerilor talentaţi şi meritosi a căror evoluţie suntem obligaţi să o asigurăm.

Tratamentul
ŞANCRULUI MOALE
şi al complicaţiilor sale:

Prin injecţiuni intramusculare
cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL Prof. Dr. NICOLAU şi Dr. BANCIU
DIN SURSE POLIVALENTE DE BACILI DUCREY

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR
Este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră, permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale
Se poate procura la toate Farmaciile din ţară.
Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:
Reprezentanţei generale: BUCUREŞTI, Str. Regală 10. — Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură oxi-infecţioasă la copii şi adulţi nu este decât:

„LACTOFERMENTUL Dr. ROBIN"

Emulsie pură de fermen-lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute şi cronice la copii şi adulţi, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Doze: *Copii până la 3 ani o linguriţă la oră*
Copii dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
A dulţii 3—4 linguri înaintea meselor.

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-56.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

ADUNAREA GENERALA A COLEGIULUI MEDICILOR

Colegiul medicilor a fost convocat în seara de 21 Decembrie în adunarea generală, la sediul provizoriu din strada Romană 8.

Este prezent și d. V. Iasinschi, ministrul muncii, sănătății și ocrotirilor sociale, împreună cu secretarul general al departamentului, d. dr. Alexandru Popovici.

La masa prezidențială iau loc și membrii comisiunii de conducere a colegiului, dnii: dr. N. Stoichiță, dr. D. Lăzărescu, dr. Mircea Popovici-Lupa, dr. V. Steopoe și dr. Șerban Milcoveanu.

D. dr. V. Steopoe, membru al comitetului de cinci, arată strădania conducerii colegiului de a elabora un tot unitar pe linia gândită de Căpitan. O primă lucrare a acestei conduceri este legea cea nouă a colegiilor medicilor, care reprezintă primul pas în opera de adaptare la noua formă de stat.

Continuând a vorbi despre activitatea conducerii colegiului, d. dr. Steopoe arată că după refacerea tuturor cazierelor medicilor, arse în prăbușirea Carlton-ului și a formalităților ce au urmat regimului ce și-a impus prin excluderea evreilor, colegiul va păși la organizarea Casei de Credit și ajutor a Corpului medical.

Cuvântarea d lui V. Iasinschi, Ministrul sănătății

Sunt încântat că sunt în mijlocul dv. — a început d-sa, — un corp profesoral de elită, poate cel mai ales corp de profesioniști din țară. Spun aceasta, referindu-mă atât la trecut cât și la munca, la priceperea și știința ce răspândiți astăzi în toate colțurile pământului nostru.

Am venit azi cu toată dragostea, pentru a vă spune câte ceva din experiența conducerii departamentului muncii și sănătății publice.

Preocupările trecutului nu mă mai interesează. Bun sau rău, el este încheiat pentru noi.

Legionarismul, care i-a luat locul, a trecut în calea lui prin multe suferințe. Suferințele acestea s'au desfășurat întotdeauna în fața reprezentanților corpului dv., fie în închisori, fie în spitale, fie oriunde în alte părți. Și au găsit aproape în unanimitate, înțelegerea acestora pentru alinarea lor.

Am ținut să relev că — vrând, nevrând, dar mai ales vrând, — dv. ați fost întotdeauna cu sufletul alături de suferința noastră, aducând alinare.

Corpul medical este însă un corp ales din toate punctele de vedere. Și dovediți aceasta astăzi, cu atât mai mult, oferind acel admirabil exemplu al separării de medicii evrei, de aceia cari au contribuit în cea mai mare măsură la comercializarea vieții noastre medicale.

Separarea pe care ați hotărât-o va fi însă binefăcătoare atât pentru știință, în sine, cât și pentru națiune, pentru noi toți acei cari trebue să ne gândim numai la interesele neamului acesta, ursit să fie pedepsit a-și vedea țara trunchiată din patru părți, dar hotărît cu dârzenie să meargă înainte.

Dacă aruncăm o privire generală asupra sănătății publice constatăm multe lipsuri, multe necazuri.

Ne vom strădui să umplem aceste goluri cu toată puterea și cu tot spiritul nostru de dăruire. Găsesc nimerit a face un apel către toți cei chemați să lupte pe acest teren, al sănătății publice, de a nu-și drămălui comoditatea și știința ce trebue s'o aplice acolo unde interesele o cer.

Să ne unim sufletește eforturile în toate direcțiunile.

La țară este atâta boală, atâta necaz, încât nu cred că suntem în măsură a alina totul, oricât de dăruiți am fi. Priceperea dublată de bună intenție, ajung însă să fie binefăcătoare.

Cunoașteți cu toții bolile ce ne rod și cari ne decimează. Toate sunt pe capul țăranului și al muncitorului român Desigur, nu le putem suprima în totul.

O diminuare a bolilor ce micșorează capitalul biologic al neamului este însă absolut necesară. Fiindcă în situația de astăzi, ca să ne mulțumim numai să constatăm și să tratăm sumar, nu putem rămâne. Ar fi să rămânem pe loc este un regres față de progresul altora. Iar națiunea care stă pe loc este sortită pieirii.

O problemă care se pune tot în legătură cu ridicarea sănătății publice românești este și aceea a îmbunătățirii stării materiale a medicului care luptă. Îi trebue o înțelegere din partea noastră, care să-i dea posibilitate de a se mișca omenește pe toate căile. Sprijinul acesta nu trebue să însemneze însă o tendință de materializare, fiindcă ajungând aici, oricât i-ai da cuiva, dispare elanul desinteresării pe care l cere lupta aceasta.

In vederea acestei munci, unii dintre noi suntem angajați și cu trecutul și cu jertfa noastră.

Și-i chemăm la lupta aceasta pe toți, pentru a trece cu succes și cu răsunet prin criza pe care alte corpuri de-abia acum o încep.

D. dr. Mircea Popovici-Lupa, membru al comitetului colegiului, a vorbit în numele generației de medici care a făcut războiul, spre a mulțumi d-lui ministru Iasinschi pentru elogioasele cuvinte avute față de corpul medical.

Referindu-se la măsura deparazitării corpului de indezirabili, d. dr. Popovici-Lupa arată că dacă situația de până azi ar mai fi dăinuit, se mergea total la suprimarea dreptului de viață al medicilor tineri. In acest sens citează câteva cifre dintr'o documentație a d lui profesor dr. Dan Theodorescu și din care reese că, în dentistică, peste 70 la sută sunt evrei, iar în tehnica dentară 90 la sută.

In opera anunțată de d. ministru — a încheiat d-sa — are concursul neprecupețit al corpului nostru, pentru pregătirea și realizarea marei reforme de ridicarea sănătății poporului român.

D. dr. Gh. Alexianu-Buttu a vorbit în calitate de conducător al grupului etic al corpului medical.

Dela venirea la cârma țării a legiunii — a început d-sa — țara a intrat într'o nouă eră, care tinde la realizarea unui imperialism românesc. Muncă intensă și necondiționată, este primul punct dela care trebue plecat.

Noi medicii, mândri și de trecutul nostru, care a constituit întotdeauna o fală, oriunde, înăuntru sau în afara granițelor, vom continua pe calea înaintașilor, mai ales că drumul ne este astăzi netezit prin eliminarea elementului evreesc, ce ne cotropise.

Va fi drumul destul de greu, pentrucă suntem puțini. Dar îmbrăcați în haina conștiinței, vom putea urca drumul de glorie al neamului.

Cuvântarea D lui Dr. Ș Milcoveanu

D. dr. Șerban Milcoveanu a vorbit cel din urmă spunând în rezumat următoarele:

Domnule ministru,

Ați răspuns rugăminții noastre și ați venit în mijlocul nostru, la adunarea colegiului. Cuvintele dv. sunt și rămân pentru noi drept chemarea adresată întregului corp medical românesc de a-și însuma puterile și de a-și aduce sufletul în bătălia sănătății. Pătrunși în convingerea că profesiunea noastră medicaală este în primul rând o funcție socială, vom rupe din ființa noastră egoismul comodității materialiste și — prin Căpitan — vom readuce pe Christos în spitale și în noi. In măsura în care ne vom putea ridica spre culmile adevăratei elite dăruite binelui colectiv, pregătim ca un element social organizarea sanitară necesară acelei supreme încodări, care va veni ca o lege de istorie și care ne va reîntrupa pentru totdeauna patria sfâșiată.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Comemorarea lui Behring la Institutul german pentru ştiinţă

Luni 16 Decembrie a fost sărbătorit la institutul german pentru ştiinţă, de sub direcţiunea d-lui prof. Ernst Gamillscheg, cincantenarul seroterapiei şi a descoperitorului ei, savantul german Emil von Behring.

Cuvântul de deschidere a fost rostit de d. ministru *W. Fabricius*, care a adus asistenţei salutul şi mulţumirile marelui Reich german pentru participarea la sărbătorirea celui mai autentic reprezentant al ştiinţei medicale germane.

D. dr. *Al. Popovici*, secretarul general al ministerului sănătăţii, a arătat în cuteva cuvinte că oficialitatea medicală românească se asociază la această sărbătoare.

D. Prof. Dr. *P. Tomescu*, arată că, Facultatea de Medicină ţine să aducă omagiul său de respectoasă admiraţie pentru geniala operă a lui Behring.

Un mare învăţat a spus că ştiinţa nu consistă în faptele pe care le observă ci în consecinţele pe cari le poate trage din ele.

Nu există o mai bună justificare a acestei idei şi o mai frumoasă exemplificare, decât marea operă ştiinţifică a lui Behring.

In adevăr, de la faptul cunoscut că şobolanul este şi refractar la infecţia carbonoasă şi de la observaţia că animalele cari au avut o infecţie rezistă ulterior aceleiaşi boale, — până la descoperirea Seroterapiei nu era decât un pas de făcut.

Acest pas gigantic în necunoscut, l-a făcut Behring şi graţie descoperirei lui geniale milioane de vieţi au fost şi vor fi salvate în lumea întreagă şi în toate timpurile de aici înainte.

Cu prilejul comemorării lui Behring, Facultatea noastră ţine să aducă un călduros omagiu ştiinţei medicale germane care a adus o contribuţie atât de mare la progresul ştiinţei universale.

D. dr. *Löw* a luat cuvântul în numele medicilor germani salutând întreaga lume medicală românească.

Intr'o luminoasă expunere d. dr. *Ovidiu Comşa*, directorul institutului de higienă şi sănătate publică, a arătat situaţia concepţiilor medicale ale evului mediu, spunând că această epocă a fost dominată de o sterilitate aproape totală în materia ştiinţei medicale.

Dela marii doctori ai antichităţii, Hipocrate şi Celsius şi până la epoca pasteuriană nu a fost nimic deosebit. A arătat apoi că singura din ştiinţele medicale care nu a dus niciodată la exagerări, a fost acea germană.

In cadrul acesteia plasează figura marelui Emil von Behring, făcând o analiză a operei şi arătând meritele pentru ştiinţă ale seroterapiei antidifterice şi opera fundamentală a acestui neobosit cercetător.

D. Dr. *Şerban Milcoveanu* a expus apoi impresiile delegaţiei româneşti de la serbările desfăşurate la Marburg la începutul lunei Decembrie, — pentru comemorarea lui Behring.

Şedinţa s'a închis prin cuvântarea D-lui Dr. *Stoia*.

Noul profesor de Medicină legală al Facultăţei din Bucureşti

D-l Dr. Teodor Vasiliu a fost numit profesor titular la catedra de medicină legală a Facultăţei din Bucureşti, în baza concursului ce a dat.

Noul profesor este cunoscut pentru îndelungata sa activitate în domeniul medicinei legale.

D-sa va şti, desigur să armonizeze tradiţia glorioasă a Institutului Medico-legal din Bucureşti cu tendinţele noui ale ştiinţei contemporane în medicina legală.

Această catedră a avut norocul unor profesori buni şi pasionaţi pentru specialitatea pe care o serveau.

In adevăr Profesorii Mina Minovici şi Nicolae Minovici au ridicat mult prestigiul Medicinei legale româneşti şi au creiat Institutul din Bucureşti, care este un model de bună şi complectă organizare.

Urăm Profesorului Vasiliu să desfăşoare în acest cadru bine întemeiat, o operă rodnică pe triplul plan: al ştiinţei, al învăţământului şi al justiţiei, căreia medicina legală îi este un preţios auxiliar.

Noui îndemnizaţii pentru medicii cari combat epidemiile

Minsterul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în vedere intensificării acţiunei sanitare în circumscripţiunile sanitare rurale limitrofe Prutului, a aprobat să plătească medicilor respectivi, o sumă de lei 3000 lunar, ca îndemnizaţie de transport.

Se atrage însă atenţiunea că medicii din circumscripţiile citate trebue să dovedească o activitate deosebită pentru combaterea boalelor contagioase, întărind acţiunea pe teren prin muncă temeinică şi control permanent.

Minsterul cere medicilor muncă şi suflet pentru combaterea şi profilaxia boalelor contagioase şi grije permanentă pentru sănătatea publică, urmând ca el să lărgească compensaţia pentru orice acţiune care dă rezultate bune.

Interzicerea reclamelor prin ziare pentru medici

Se atrage pe această cale atenţiunea tuturor membrilor Colegiului Medicilor români creştini, ca şi medicilor evrei, că le este interzis conform punctului c. art. 37 din lege, reclama prin ziare la rubricele de publicitate obişnuită.

Se poate permite publicarea de maximum 3 ori la rubrica «Informaţiuni» a ziarelor, a schimbărilor de adresă, de număr de telefon, reveniri din concediu, concentrare, călătorii de studii, etc.; anunţul va conţine tipărit cu litere de 9 aldine, numele medicului, specialitatea, titluri, ore de consultaţii, număr de telefon, domiciliul; medicii evrei vor adăuga la acest anunţ şi sub-titlul de «medic evreu».

D-nii medici, cari vor contraveni la aceste dispoziţiuni legale, vor suferi sancţiunile prevăzute în lege.

Toate prescripţiile medicale vor purta timbrul sec al Colegiului Medical

Toate instituţiunile sanitare care dau consultaţiuni gratuite sau cu plată, pendinte de ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, sau sub controlul său, precum şi cele particulare, sunt obligate a avea rețete cu «en tête-ul lor, prevăzute cu timbrul sec al Colegiului Medical judeţean respectiv, pe care vor face orice prescripţiune de medicamente, afară de cazurile când ele se execută chiar în farmaciile acelor instituţiuni.

Colegiul medical judeţean care aplică timbrul sec va dispune dacă să se încaseze sau nu taxa prevăzută de art. 9, pct. e din decretul-lege pentru organizarea şi funcţionarea Colegiului Medicilor, în ceeace priveşte instituţiunile sus arătate.

Dispoziţiunile acestea se aplică cu începere dela 1 Ianuarie 1941.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Incercări de terapeutică a maladiilor psihice cu un analeptic cu acțiune centrală (Pervitin)

DR. MED. WARSTADT

Lucrare făcută la „Heil und Pflegeanstalt Berlin-Buch" (Director Dr. Brender)

Wiener Medizinische Wochenschrift No. 47/1933

Autorul menționează cercetări făcute cu Pervitin asupra a 37 persoane psihic sănătoase.

A observat că două tablete Pervitin suprimă starea generală proastă care apare a doua zi după excese alcoolice.

Absorbția prealabilă a 6 mgr. de Pervitin permite să suporte o cantitate de alcool superioară cantității suportate în mod obicinuit.

Beția survine mai târziu și nu apare nici o stare de oboseală.

In multe cazuri durerile de cap au fost suprimate cu o tabletă de Pervitin.

La fel într'un caz de migrenă, 1 tabletă a fost suficientă. Cauza acestui fenomen nu a putut fi determinată.

Este posibil ca aci să fi acționat proprietățile spasmolitice ale Pervitinei, proprietăți dovedite experimental pe animale.

Autorul a mai cercetat Pervitin în 8 cazuri de psihopați, atinși ușor de depresiuni, suferind de complexe de inferioritate și reacții negativiste față de lume.

6 din aceștia au fost influențați în bine devenind sensibili la încurajări, arătându-se activi în ocupațiile lor.

In depresiuni grave întrebuințarea Pervitinei nu este recomandabilă din cauza stării de excitație pe care o provoacă. In cazuri benine însă, Pervitina combinată cu opium dă cele mai bune rezultate. Pervitina având astfel o libertate de acțiune suficientă pentru a putea produce acțiunea ei analeptică.

Acțiunea stimulentă a Pervitinei și-a dovedit valoarea în tratamentul demențelor senile, paraliziei progresive, idioției abulice și în Parkinsonismul postencefalitic (Asociată cu scopolamină).

In cazurile de stupoare catatonică o doză de 30 mg. injectate produc cu siguranță un rezultat bun.

Asocierea Pervitinei la tratamentul catatoniei prin șocul cu Cardiazol dă cele mai fericite rezultate.

Șocul produce adesea o relaxare psihică care poate, sub influența Pervitinei să termină în mod fericit.

Autorul mai menționează și tratamentul alcoolicilor și al obișnuiților cu stupefiante.

Stimularea produsă de Pervitin permite alcoolismului o reluare mai rapidă a conștiinței. Pentru morfinomani Pervitina poate înlocui antidotele.

Pervitina favorizează suprimarea crizelor de desintoricare.

B1 - HEPATRAT

Extract de ficat + Vitamina B1 500 u. I.

Profilactic și terapeutic în

mieloza furniculară, poliomielită intoxicații de tot felul (toxicozele sarcinei) hyperemesis gravidarum boala razelor și casecsie, intoxicați cu sulfamide și arsenobenzoli.

Cutii cu 3, 15 și 20 fiole 2 cc. B1 Hepatrat

NORDMARK - WERKE / HAMBURG

Pentru România: Dr. ALEX. RADU Str. Sofia 30, București 3,

„ACTUALITĂȚI TERAPEUTICE"

Considerațiuni asupra Dolantin-ei, noul analgezic și spasmolitic.

F. Reisinger
Viena Spit. der Barmberzigen Brüder. Extras. Wien med. Wschr. 1940 Nr. 21, pag. 400

Intrebuințând Dolantin, în doză de 2 cmc., administrat în injecții intramusculare, Reisinger a reușit să înlăture cele mai grave dureri, fără a înregistra niciun insucces. Durerile dispar după 10—20 minute iar starea aceasta durează 4—8 ore. In cazurile în care administrarea subcutanată sau intramusculară se dovedeau insuficiente, Molatin-a a fost administrat intravenos, fiind injectat foarte încet. Dacă persoanele cahectice li se injectează 2 cmc. intravenos, se pot observa ameteli, paloare, toropeală și transpirație; dar aceste fenomene pot fi evitate dacă doza de Dolantin se repartizează astfel : 1 cmc. diluat, se injectează intravenos, iar 1 cmc. intramuscular. La pacienții prea slabi, doza intramusculară se fracționează în două proporțiuni de câte 1 cmc., care se injectează la câteva minute interval.

Iată câteva cazuri :

1. Bolnav la vârsta de 19 ani, cu sarcom testicular. Castrat unilateral, dar face metastaze. La început durerile au fost calmate cu morfină, dar același efect s'a obținut cu Dolantin, injectat 1 cmc. intravenos (injecție foarte înceată) și 1 cmc. intramuscular. In cursul nopții pacientul primește 2 tablete Dolanitn.

2. Femeie de 57 ani, bolnavă de cancer pectoral. Și în acest caz morfina a fost înlocuită cu Dolantin.

3. Durerile intense, în urma operației unui flegmon au fost calmate prin câte 2 tablete Dolantin.

4. Durerile puternice din cursul afecțiunii panaritium ossale, sunt înlăturate cu 2 tablete Dolantin.

5. Unui pacient psihopat, cu accese de frică, i se administrează morfină și devine morfinoman, Dolntin-ul injectat în doze fracționate 1 cmc. intravenos (injecție lentă și 1 cmc. intramuscular, a calmat accesele și a făcut morfina inutilă.

In cursul durerilor nevralgice, durerilor de cap și dinți, în spasmele căilor urinare, precum și în toate durerile postoperatorii, 1—2 tablete sau supozitoare de Dolantin au înlăturat durerea.

* * *

Tratamentul stărilor cu ajutorul Dolantin-ei un medicament cu acțiune spasmolitică și analgetică, preparat pe cale sintetică

H. Schlungbaum
Spit. Hindenburg, Goldberg: Med. Klin. 1939 No. 38 pag. 1259

Schlungbaum administrează *Dolantin-a*, în tratamentul migrenei, nevralgiilor, durerilor articulare, etc., prin aplicări pe cale bucală, iar în stările mai grave prin aplicațiuni parenterale, cu un cuvânt: în toate stările în cari până în prezent se administra morfina precum și alți derivați ai opiului. Acest tratament a fost aplicat în total la aproximativ 70 bolnavi. Dintre stările dureroase grave tratate astfel, amintim durerile postoperatorii, leziuni provenite prin accidente, flegmoane, etc., precum și nevralgii, compresiuni ale măduvei provenite în urma metastazelor, precum și colicile renale. S'a mai încercat administrarea *Dolantin-ei* și înainte de operațiuni pentru a preveni într'o măsură oarecare durerile operatorii. In toate încercările făcute s'a constatat toleranța perfectă a acestui medicament. Deja după 1 —15 minute dela aplicarea injecțiilor subcutane sau instramusculare, durerea începe să cedeze astfel încât de obiceiu după 2—25 de minute durerile au fost înlăturate complet sau aproape în întregime. Analgezia durează în general aproximativ 4—5 ore. După încetarea efectului, medicamentul poate fi reinjectat, fără să producă vre-o tulburare. Aplicările intravenoase ale acestui medicament au un efect instantaneu, astfel încât într'un caz de colică renală s'a ajuns la o analgezie perfectă, chiar în decursul injectării *Dolantin-ei*. Pentru prevenirea durerilor postoperative *Dolantin-a* se administra cu aproximativ 25 minute înaintea intervențiunei; în operațiuni mai mici ca și cistoscopii, puncții ale pericardului sau ale cavității pleurale, ajunge aplicarea a *Dolantin-ei*. După gravitatea afecțiunei și a durerilor existente, s'au administrat parenteral câte 75—100—150 mg. precum și de 2 ori pe zi de câte 25—50 mg. *Dolantin*. Rezultatele obținute au fost întotdeauna satisfăcătoare cu excepția a trei cazuri : (fractură cu luxație, turburări de deglutiție, laparatomie). Cu toate că în unele cazuri rare, efectul obținut nu a fost cu totul satisfăcător, foarte adeseori acțiunei *Dolantin-ei* dă rezultate mai favorabile decât morfina. Din manifestațiunile secundare observate în urma aplicării *Dolantin-ei*, au fost semnalate în trei cazuri vomismente survenite în urma injecțiilor. Obișnuințe precum și fenomene de cumulațiune nu au fost observate niciodată ; *Dolantin-a* exercită întotdeauna aceiași eficacitate.

* * *

Inlocuirea morfinei și a derivaților săi în ginecologie, prin Dolantin-ă

H. E. Sôstmann,
Spit. Com. Mannheim : (Med. Welt 1940, Nr. 13, pag. 325).

Dolantin-a acționează ca analgetic fără ca să prezinte în același timp manifestațiuni narcotice sau analgetice. *Sostmann* controlează analgezia produsă de *Dolantin* în mai bine de 200 operațiuni ginecologice, în care până atunci se aplicau opiacee. In primele 24 ore după operație, se administrau de 2—4 ori câte 1—2 cmc. *Dolantin* intramuscular; analgezia produsă era perfectă și dura de obiceiu 4—6 ore, fără să fie nevoe de un adaus de alte medicamente. Grație *Dolantin-ei* s'a obținut analgezia postoperatorie dorită, chiar și după operațiuni ginecologice mai mari (Freund-Wertheimer). In schimb nu mai era nevoe de cateterizarea obișnuită după aplicarea de opiacee. Anestezia lombară era executată cu o soluție de Pantocain (soluția executată cu lichid cefalo-rahidian); cefaleele semnalate foarte rar, au fost cu ușurință înlăturate, în urma aplicării de *Dolantin*. Acest analgetic are o acțiune pronunțată în special în durerile provenite în urma stărilor spasmodice (dismenoree spastică), astfel încât de obiceiu ajunge aplicarea zilnică a unui supozitor 100 mg. In afecțiunile anexiale acute, în pelviperitonite, în colicile hepatice, aplicarea intravenoasă a *Dolantin-ei* — contrar opiaceelor — duce în scurt timp la analgezia necesară. In unele cazuri de tuse spasmodică, s'a aplicat cu succes *Dolantin-ă* în locul *Codein-ei*.

Dolantin-a a mai fost aplicată cu succes pentru slăbirea defensei abdominale în examinările interne, precum și pentru prepararea cistoscopiilor. In formele grave de carcinomatoză, acțiunea *Dolantin-ei* poate fi diminuată din cauza obișnuinței cu morfină. In urma aplicării parenterale (i. v. ; s. c. ; i. m.) a *Dolantin-ei*, se semnalează o scădere a tensiunei sanguine cu 20 mm. Hg. Nu s'a observat însă niciodată obișnuință față de acest medicament.

Domnii medici pot obține eșantioane și literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str: Brezoianu 53. București I. Tel: 3.92.86.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut. 99

PREPARATE NOI

AMBESID

TABLETE

(0,40 gr. aminobenzolsulfamidă)

*

AMBESID

SOLUBIL

(sulfamidă succinanilidă sodică)

Tablete şi injecţii a 2 şi 5 cc.

Indicat în infecţiunile cu streptococi, meningococi, stafilococi şi gonococi.

VITAMINA A+D

XEROSTERIN

Picături: (1 cc. = 30.000 U vitamina A şi 10.000 U vitamina D)

Tablete: (1 = 3000 U vitamina A şi 1000 U vitamina D)

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop:
- Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore.
- Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
- Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate:
- Adulţi: 5—8 în 24 ore.
- Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulcerațiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

NEOLIDES

(Generatoare de oxigen şi ozon)

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulcerațiunile colului.

OVUNÉOL

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic şi glicerină.

Nu pătează. 1 ovulă seara la culcare.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX. No. 2 — 10 Lei Exemplarul — 15 Ianuarie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

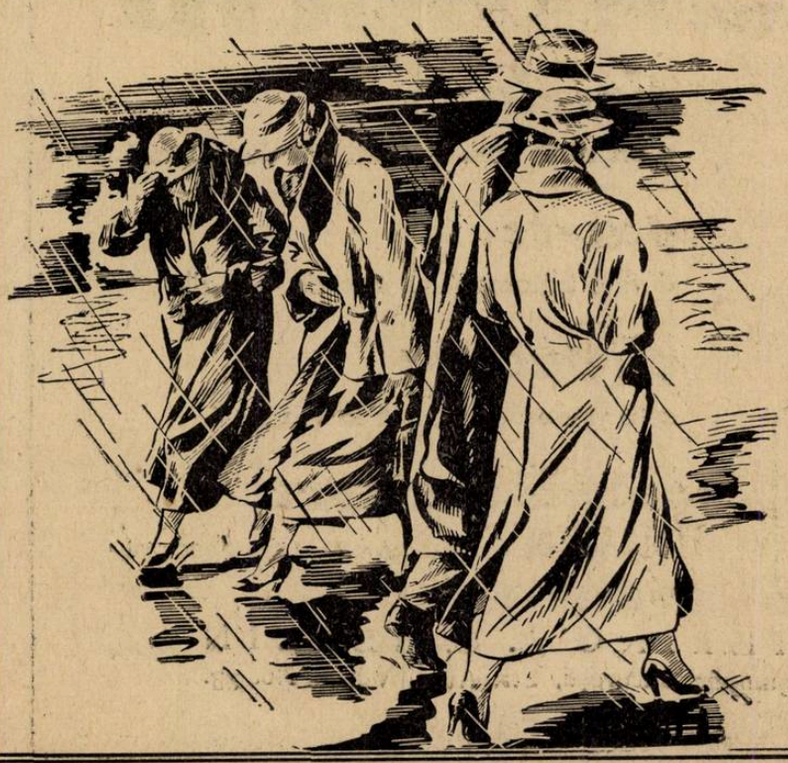
COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Tetu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

	Pagina
ARTICOLE ŞTIINŢIFICE	
Prof. Dr. G. PROCA: *Etiologia pelagrei*	13
Dr. T. SARAGEA: *Problema condiţiunilor climatice în etiologia reumatismului cardio-articular specific*	17
Dr. GHEORGHE SGLIMBEA: *Contribuţiuni la tratamentul pruritului vulvar*	21
VIAŢĂ MEDICALĂ	
Prof. Dr. P. TOMESCU: *«Nedreptăţiţii» şi «persecutaţii» vieţei medicale româneşti*	23
PROBLEME MEDICO-SOCIALE	
Dr. I. HAGI-PARASCHIV: *Consideraţiuni asupra unei anchete privind numărul copiilor din familiile lucrătorilor. (Consideraţiuni medico-osciale)*	19
CONGRESE	
Dr. ŞERBAN MILCOVEANU: *Congresul medical dela Marburg şi sărbătorirea savantului Emil von Behring*	22
NOTE ŞI INFORMAŢIUNI	
Concurs de medici secundari la Spitalul Brâncovenesc; Posturi vacante de medici la Ministerul Sănătăţei	24
Moartea Profesorului Vittorrio Putti	24

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" S I B I U



In toate bolile infecţioase şi în răceli

OMNADIN

Determină o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Ambalaj de 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

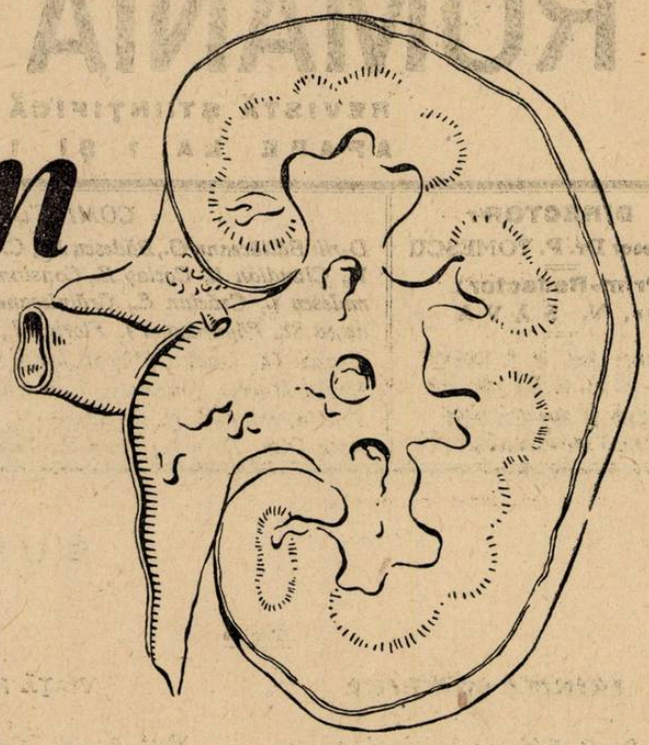
Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R., Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-92-86

Pyridium



Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru Romania Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Forme de prezentare:
Tuburi cu 12 dragele
Flacoane cu 25 dragele

Chimioterapia peroralã a blenoragiei se face prin ALBUCID

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

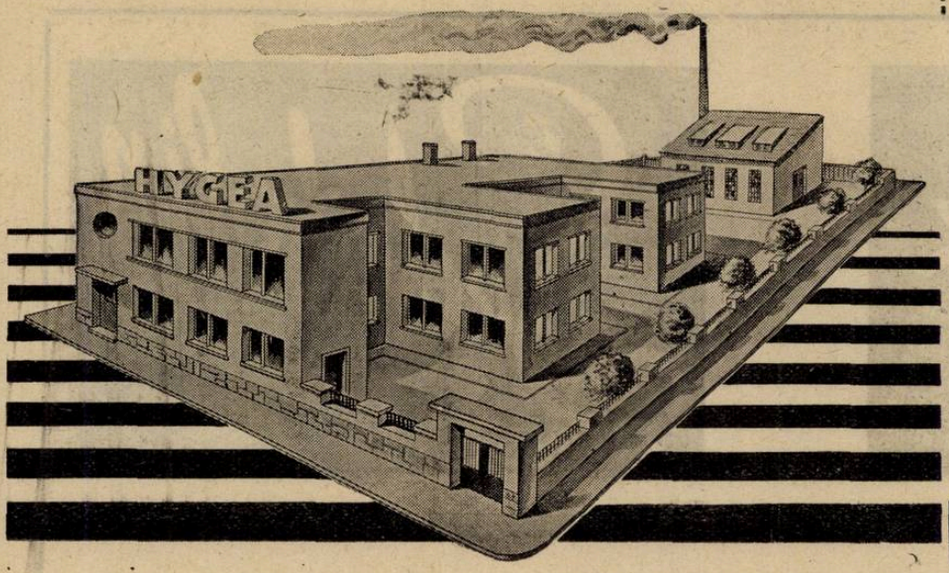
*nevătămător:**
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conținând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecții:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicația care precedă parțial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetilică ce ia naștere în corp, s'a obținut un preparat cu acțiune terapeutică simțitor mărită.

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul științific București, Str. Aurel Vlaicu No. 33.



BRONCHOTIOFAN

SIROP

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFF. NATR. BENZ.
SENEGA
ACONIT

BOLILE CĂILOR RESPIRATORII
(Bronşite, Chathar, Pneumonie, Influenţă gripală, Trancheită, Laringită)

IPECODAL

TABLETE

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO SAL

BOLILE CATARALE ALE CĂILOR RESPIRATORII
(Angină pectorală, Tuse, Laringită)

SULFAZOL

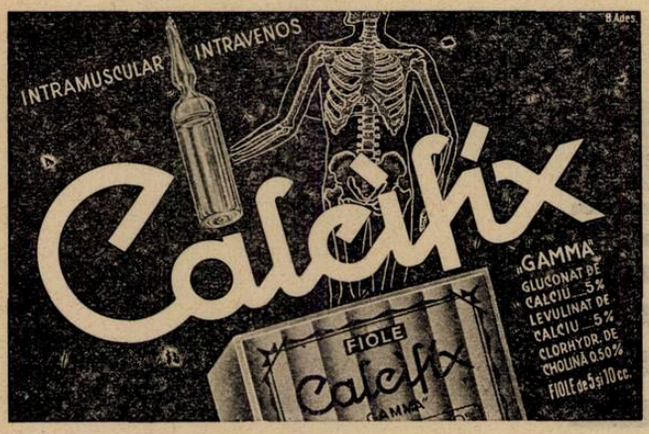
TABLETE

0.20 CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO - CHRISOIDINĂ
0,10 p- AMINOBENZEN-SULFAMIDĂ.

SEPTICEMII
Preventiv în infecţiunile puerperale, boli infecţioase

HYGEA

HYGEA S. A. R., Cluj
BUCUREŞTI
Şplaiul Unirii, 127
TELEFON 4.22.44



ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

Campolon

Extract de ficat injectab l cu efect puternic

Tratament continuu și cu doze masive al anemiei pernicioase și al tuturor anemiilor de etiologie neprecisă. Pentru ameliorarea reconvalescenței și ca adjuvant în tratamentul de îngrășare. In hemoragii puterea de coagulabilitate este mărită.

AMBALAJE ORIGINALE: Cutii cu 5 resp. 25 fiole de 2 cc.
» » 3 » 15 » » 5 cc.
Sticle cu 10 ccm.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. București I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Anul XIX No. 2 10 Lei Exemplarul 15 Ianuarie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

ETIOLOGIA PELAGREI

Revistă critică.

de Prof. Dr. G. PROCA

1. — Se socoteşte de la sine înţeles că «o boală caracteristică, strict circumscrisă cum este pelagra, trebue să aibă o etiologie unitară şi constantă» *(C. Funk)*. In opoziţie cu această concluzie logică stă concepţia că pelagra este un sindrom, o boală *ne-unitară* din punct de vedere etiologic, — «*eine ätiologische nicht einheitliche Erkrankung*» *(W. Stepp)*.

Acest fel de a vedea se sprijină pe observaţiile clinicienilor cari au descris pelagra *secundară* din Europa centrală şi pelagra alcolicilor observată în Germania, Elveţia şi America de nord. In toate cazurile de pelagră secundară regimul alimentar poate fi corect şi aportul vitaminelor din complexul B_2 îndestulător, dar resorpţia substanţelor indispensabile nu s'ar face normal.

Deosebirea dintre pelagra primară şi cea secundară s'ar reduce la etiologie şi patogenie, simptomele esenţiale şi evoluţia lor rămânând aceleaşi. De fapt tabloul clinic al pelagrei adevărate, *sensu proprio*, îi dă o înfăţişare aparte, pe care pelagra secundară nu o poate imita integral, după cum nu o imitează nici aşa zisa pelagră experimentală, — a găinii, a şobolanului sau a câinelui.

Având în vedere aici numai pelagra primară, endemică, să supunem unui examen critic mai amănunţit cunoştinţele actuale de etiologie a pelagrei, privită ca o entitate morbidă pe care o produc totdeauna aceleaşi cauze.

2. — In capitolul *avitaminozelor* dintr'un tratat de medicină mai vechiu (1924) se poate citi: «*cauza etiologică* (sic) proprie a pelagrei este încă foarte rău cunoscută». *A. Perroncito*, autorul care studiază etiologia şi patogenia boalei, adaugă: «cauzele predispunătoare care se cunosc sânt esenţial în număr de trei: mizeria şi hrana insuficientă, viaţa la ţară cu ocupaţie la muncile agricole, alimentaţia maidică»... «Porumbul, mizeria şi situaţia socială sânt deci elemente predispunătoare de mare valoare în etiologia pelagrei».

Subt această formă se arată mai ales cauzele endemiei pelagroase, pe când etiologia boalei însăşi trebue să înfăţişeze factorii etiologici capabili să determine pelagra cu aspectul ei anatomo-clinic particular. Simptomele capitale: eritemul cutanat, turburările gastro-intestinale şi turburările din partea sistemului nervos apar ca efecte ale unui complex de cauze în căutarea cărora lucrează împreună epidemiologia, clinica şi laboratorul.

Cercetările epidemiologice au stabilit de mult că pelagra adevărată este o boală de origină alimentară, necontagioasă, endemică la ţară, — *morbus ruralis*, — atingând numai o parte din populaţia care se hrăneşte cu porumb. Primele atacuri, ca şi recidivele se produc primăvara, în Martie şi April ; cele mai multe cazuri apar în familiile agricultorilor săraci. Femeile se îmbolnăvesc mult mai des de cât bărbaţii, puţini copii devin pelagroşi şi în general frecvenţa boalei stă în raport direct cu vârsta.

Turburările psichice se observă rar: în 10% din cazuri în Italia, în circa 5% în America; la noi după judeţe, între 2,2% în Ilfov şi maximum 8% în Ialomiţa.

Intru cât priveşte durata, evoluţia şi sfârşitul boalei variaţiile înregistrate par să atârne de condiţiile externe în care se găsesc pelagroşii, mai mult de cât de natura boalei, sau de proprietăţile factorilor etiologici.

Studiu anatomo-clinic şi experimental al pelagrei, întregit de epidemiologie făcea să se admită că boala este, foarte probabil, o intoxicaţie cronică alimentară, analogă, de pildă, cu ergotismul, latirismul sau fabismul. De îndată însă ce au fost descoperite vitaminele şi avitaminozele, s'a cercetat dacă regimul maidic procură organismului toate substanţele minimale indispensabile, fie ele vitamine, provitamine, sau *precursoare* ale hormonelor şi fermenţilor.

Analizat din punct de vedere al conţinutului în substanţe minimale, porumbul se dovedeşte a fi lipsit de o parte din factorii indispensabili organismului, aşa în cât regimul maidic trebue totdeauna completat, ca să nu devie pelagrogen. Când acest regim este însoţit de alimente cu acţiune antipelagroasă, el poate fi urmat indefinit, fără nicio supărare; dimpotrivă lipsa, ori numai insuficienţa raţiei complimentare constitue una din principalele cauze ale pelagrei.

3. — De şi recunoaştem, împreună cu *Funk*, că pelagra trebue să aibă o etiologie constantă şi unitară, putem vorbi de cauzele boalei, dacă observăm că aceste cauze multiple formează un complex solidar de factori pelagrogeni. In loc să fie asociaţi, lucrând toţi împreună, aceşti factori pot interveni unii înaintea altora, fără ca sistemul sau complexul cauzal să'şi piardă unitatea, întru cât întregul complex derivă din proprietăţile regimului maidic necompensat, urmat în condiţii determinate.

In faza prodomală, sau la apariţia eritemului pelagros cu turburări digestive uşoare, cauzele active sânt altele de cât cele care vor produce mai târziu cachexia sau mania pelagroasă, dar şi în aceste din urmă cazuri nu lipsesc factorii pelagrogeni din faza iniţială a boalei, — factori primari, sau fundamentali.

Intre aceştia se găseşte substanţa colorantă cu fluorescenţă roşie şi acţiune toxică, a cărei prezenţă în porumb a fost descoperită de curând, fără a i-se fi determinat încă natura. Ceeace se constată sigur este că diferite vegetale, care conţin asemenea substanţe colorante toxice, produc intoxicaţi alimentare ca fabismul şi latirismul la om, fagopirismul şi hipericismul la animale având între simptome *fotosensibilizarea şi porfirinuria*, ca şi pelagra adevărată.

In porfirinuria *congenitală* cronică sensibilitatea la lumină de asemenea este foarte pronunţată. Indivizii atinşi de această anomalie constituţională prezintă subt influenţa razelor solare arsuri cu infecţie secundară şi mutilaţii grave în părţile corpului care au suferit acţiunea luminei *(H. Lucke)*.

Pentru studiul etiologic al pelagrei importanţa porfirinuriei cronice stă în fotosensibilizarea pe care o provoacă porfirina. Dacă razele soarelui fac să apară eritemul pelagros pe părţile descoperite ale corpului, această reacţiune denotă fotosensibilizarea organismului, iar prezenţa în urina, — şi în sângele pelagroşilor a unei canti-

tăți mai mari de porfirină arată lămurit care este agentul fotosensibilizant. Cât despre etiologia porfirinemiei în pelagră, existența porfirinuriilor toxice și analogiile pe care le prezintă această boală cu unele intoxicații alimentare ca fabismul, latirismul, ș. a., vădesc intervenția și în pelagră a unei substanțe cu acțiune toxică particulară în ceeace privește metabolismul *heminei*, care este o feriporfirină; de altfel se știe că urina pelagroșilor conține, alături de porfirină și o cantitate crescută de fier.

W. Stepp și colaboratorii observă că în multe privinți simptomele pelagrei seamănă cu cele pe care le întâlnim în *porfiriile* toxice și idiopatice, între altele mai ales pentrucă în aceste afecțiuni simptomele lor caracteristice pot fi deslănțuite sau agravate de lumina soarelui ; pe de altă parte gradul porfirinuriei ar corespunde cu gravitatea pelagrei.

Origina porfirinei nu este bine determinată, — în pelagră ca și în toate porfirinuriile. Se presupune că uroporfirina și coproporfirina nu provin din hemoglobină, ci sânt produse de descompunerea myoglobinei : în tot cazul eliminarea unei cantități mai mari de fier odată cu porfirina îngăduie să se presupue cu toată probabilitatea că este exagerată descompunerea heminei, sau că sinteza acestui «ergon» din componentele sale constitutive este împiedicată.

H. v. Euler trece heminele între substanțele «ergonale» luând în considerare cazul proto-heminei: proprietatea sa slabă de a desdoi perhidrolul crește puternic dacă această hermină este combinată cu o proteină specifică, de pildă ca în enzima *catalază*, sau în enzima *peroxidază*. De altfel specialiștii admit că aceste două enzime, ca și *citocromul*, sânt heminproteide *(heminredoxaze)*, în raport intim cu «metabolismul respirator».

Aceste constatări fac să se prevadă importanța turburărilor care ating sinteza heminei sau descompunerea ei, cu atât mai mult cu cât se știe că în unele stări patologice, la canceroși anume, heminredoxazele se găsesc în cantitate micșorată *(Th. Bersin)*.

Pierderile în exces de fier și porfirină implică micșorarea cantității de hemină din organismul pelagroșilor, și această micșorare atrage obligator împuținarea heminproteidelor care funcționează ca enzime (redoxaze). Este natural ca în pelagră să aibă de suferit procesele de metabolism intermediar, în toate cazurile în care au un rol indispensabil heminproteidele. Dar care sânt anume aceste procese?

Avea dreptate *C. Funk* să afirme că pelagra va putea fi studiată cum trebue numai prin cercetări de lungă durată și sistematice, privind condițiile de nutriție normală a omului.

Să amintim aici că în afară de funcțiunea sa diastazică, heminproteida care este catalaza constitue un protector specific al hemoglobinei; insuficiența acestui heminoproteid ar duce negreșit la o labilitate mai mare a hemoglobinei, poate și a myoglobinei în pelagră, adică la unele turburări de metabolism bine precizate, cel puțin în acest caz.

4. — Viciarea metabolismului care se manifestă prin porfirinemie, porfinurie și pierderea unei cantități mai mari de fier, prin fotosensibilizare și eritem pelagros, poate fi corectată relativ ușor. Acum 50 de ani medicii noștrii tratau pelagra cu picături de Tra Bestuscheffi, și bolnavii singuri veneau să ceară «chicușuri», mulțumiți de efectele tratamentului ; mai de curând diverși autori constată că doze mari de fier influențează favorabil simptomele pelagrei, chiar fără schimbarea regimului *(Biggam — Galiounghi, Guha, Hațieganu și Spâchez)*. Un medicament nou, — *acidul niconitic* face să dispară porfirinuria pelagroșilor în 24—48 ore, influențând tot așa porfiriile toxice, precum și cele care se observă în afecțiunile hepatice și în diabet *(W. Stepp)*.

După faptele pe care le-am examinat s'ar părea că pelagra este în fond o *porfirie toxică*, provocată de un regim maidic necompensat, căruia îi lipsesc unii factori de neutralizare a substanței colorante toxice din porumb. Dar, pe lângă manifestațiile de porfirie, tabloul clinic al pelagrei prezintă simptome deosebite, — unele pe care terapeutica nicotinică nu le suprimă și altele pe care nu sântem îndreptățiți să le atribuim asimilării defectuoase a fierului, sau sintezei heminei în măsură mai redusă.

In categoria acestor din urmă simptome intră unele turburări din partea aparatului digestiv, asemănătoare celor care se observă în *avitaminoze sau hipovitaminoze*. Dealtfel, după cum se afirmă cu toată autoritatea de specialiști: «descoperirea lui *Elvehjem* că substanța antipelagroasă este identică cu acidul nicotinic a lămurit în chip surprinzător problema pelagrei și a stabilit indiscutabil caracterul de avitaminoză al acestei boale, de și nu a schimbat nimic întru cât privește vechea constatare că pelagra este o boală de carență complexă. *(W. Stepp* și colaboratorii).

Până a ne ocupa de substanța antipelagroasă (factorul PP), identificată cu acidul nicotinic, să studiem rolul pe care îl are în pelagră regimul maidic necompensat, hipo sau avitaminat după împrejurări.

Factorul liposolubil A (Xeroftol) se găsește în mălaiu relativ abundent, dar subt forma inactivă de provitamină, ca Kryptoxantină, care este un alcol-caroten. Hidroliza carotenului și transformarea sa pe această cale în 2 molecule de vitamină A se face în ficat, cu ajutorul unui ferment, — *carotinaza*, pentru activitatea căruia este indispensabilă tiroxina, elaborată de glanda tiroidă.

In aceste condiții complicate, chiar când regimul maidic ar da organismului tot carotenul necesar, nu ar fi greu să se observe insuficiența vitaminei A, în toate cazurile în care fermentul special de hidrolizare a Kryptoxantinei nu ar lucra, sau nu ar fi destul de activ.

După cum s'a și observat acțiunea carotinazei slăbește cu vârsta, «ceeace poate că este expresiunea unei activități micșorate a ficatului». Amintim aici că *Slătineanu* și colaboratorii au pus în evidență insuficiența hepatică în cazurile acute de pelagră, și că alți autori semnalează prezența aproape constantă a unor leziuni ale ficatului la pelagroși *(W. Stepp)*.

Deosebite simptome ale avitaminozei A se întâlnesc și în cazurile de pelagră. Hemeralopia, de pildă, a fost notată, de și rar, la pelagroșii noștri *(I. Neagoe, I. Claudian)*; mai des se produce o turburare a adaptării la întunerec, sau scăderea simțului luminos, de oarece *I. Claudian* și *D. Lăzărescu* au putut-o constata la 22 din 58 pelagroși (38%). In acelaș timp prezentau un oarecare grad de scădere a simțului luminos 5 din 10 indivizi *sănătoși*, aparținând familiilor bolnavilor, și cari urmau regimul alimentar țărănesc.

Au fost atribuite lipsei de vitamină A și leziunile nervoase care se întâlnesc în pelagră, ca și în latirism și în anemia pernicioasă. Experimental *E. Mellanby* a reușit să provoace la câței, subt influența lipsei factorului A, leziuni în sistemul nervos central și periferic.

Din partea pielei pigmentările anormale, hiper și para-keratoza ca și a pariția de comedoane numeroase apropie cele două boale de origină alimentară.

Insfârșit dintre simptomele mari, turburările digestive, — anacloridria până la achilie totală și tendința la diaree, cu scaune muco-sanghinolente,

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil-amino-benzen-sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

INSULINA BRUNNENGRÄBER

(INSUGERMAN)

Fiola cu 100 şi 200 u.

Cutii cu 10 fiole a 100 u şi 10 fiole a 200 u.

ZINK PROTAMIN INSULIN

BRUNNENGRÄBER

Fiole cu 200 u.

Cutii cu 10 fiole a 200 u.

Dr. CHRISTIAN BRUNNENGRÄBER

Chemische Fabrik & Co. m. b. H. Lübeck

EUBASINUM

(Sulfapyridin-Nordmark-Werke)

p-(aminobenzen sulfamido-Pyridin)

Pentru tratamentul rapid şi eficace per os al

Pneumoniei
Meningitei
Gonoreei

Cutii orig. cu 30 tablete a 0,5 g.

NORDMARK - WERKE / HAMBURG

Pentru România: Dr. ALEX. RADU Str. Sofia 30, Bucureşti 3.

dizenteriforme se produc la fel în avitaminoza A, ca şi în pelagră uneori.

Cu toate asemănările, uneori foarte mari, pelagra se deosebeşte esenţial de avitaminoza A. Pe când lipsa factorului A provoacă această avitaminoză oricare ar fi regimul alimentar deficient, producerea pelagrei este legată obligator de regimul *maidic* necompensat; sânt foarte sensibili la lipsa factorului A copiii şi bărbaţii tineri între 20 şi 30 de ani, în timp ce frecvenţa pelagrei este în raport direct cu vârsta şi mai mare la femei; însfârşit unele simptome caracteristice ale pelagrei, ca fotosensibilizarea şi eritemul cutanat, sau turburările psihice nu apar în cazurile de avitaminoză A simplă.

Este locul să amintim aici că *G. Frontali*, tratând cu *vogan* (vitamină A) copii pelagroşi, a constatat că manifestaţiile caracteristice ale boalei,— manifestaţii mucoase, cutanate, digestive şi nervoase, rămâneau neschimbate subt influenţa acestui tratament. Trebue observat însă, că pediatrul italian înceta cura cu vogan după abea 5—10 zile.

5. — *Factorul* B_1 — aneurina, thiamina, — se găseşte în boabele de porumb, ca şi în cele de orez, în perisperm, şi când se cerne mălaiul, cea mai mare parte dn acest factor este îndepărtată cu tărâţa aşa în cât un regim maidic necompensat ar putea duce cu timpul la insuficienţa vitaminei antinevritice B_1.

In avitaminoza provocată de lipsa acestui factor apar, între altele şi turburări gastro-intestinale: achilie, atonie stomacală şi intestinală, precum şi inflamaţia mucoasei intestinale ca în pelagră, şi ne putem întreba dacă şi în această boală nu există o insuficienţă, cel puţin relativă, a factorului B. In adevăr regimul maidic necompensat e foarte bogat în hidrocarbonate şi sărac în grăsimi, şi se ştie că în aceste condiţii nevoea de aneurină creşte. Impotriva acestei posibilităţi stă numai faptul că vitamina B_1 este «extraordinar de răspândită în lumea vegetală», şi regimul maidic necompensat este mai cu seamă vegetarian.

In legătură cu acest factor atrag atenţia două constatări; vitamina B_1 poate fi produsă sintetic de diverse microorganisme, — levure, streptrotrichee, *aspergillus* şi alte schizomicete, — şi porumbul necopt, sau păstrat umed, pare expus să fie stricat de asemenea organisme, cu deosebire curând după cules şi în timpul ernii.

A doua constatare însemnată, — care ar trebui verificată, — este că doze mari de aneurină (B_1) ar favoriza izbucnirea pelagrei şi i-ar agrava simptomele (Kellog-Eddy; György).

Acţiunea pelagrogenă a porumbului *stricat* s'ar explica astfel nu numai prin prezenţa substanţei colorante toxice şi lipsa ori insuficienţa unor vitamine indispensabile, ci, în acelaş timp printr'un exces de factor B_1; am avea un caz de hipervitaminoză *sui generis*, demonstrând ca şi hipervitaminozele A şi D, că în doze mari vitaminele pot deveni vătămătoare.

Alături de B_1, sau independent de acest factor, se găseşte *complexul* B_2, amestec greu disociabil de substanţe active, printre care şi substanţa antipelagroasă, aşa zisa vitamină PP, preventivă a pelagrei.

Factorul PP, izolat în stare pură, a fost identificat în 1937 cu acidul nicotinic, şi după încercările din următorii 2 ani se părea că «toate formele de pelagră reacţionează cu ameliorare sau vindecare faţă de administrarea parenterală a acidului nicotinic». Problema unei terapii raţionale a pelagrei putea fi privită ca deslegată, şi în acelaş timp cu descoperirea acestei terapii se lămurea indiscutabil natura de avitaminoză a pelagrei *(W. Stepp)*.

Examenul obiectiv al faptelor care stau la baza concluziei că pelagra ar fi o avitaminoză PP, provocată de lipsa acidului nicotinic din regimul alimentar obişnuit, impune rezerve şi face să se vadă nevoea unor mai întinse cercetări.

După determinările de până acum, acidul nicotinic se găseşte în porumb în cantitate infimă, — un gram la un chintal. Această constatare confirmă ideea că regimul maidic necompensat ar deveni pelagrogen prin lipsa factorului PP, cu atât mai mult cu cât după cercetările şi evaluările autorilor americani numai 50—100 mgr. acid nicotinic, administrat zilnic *per os* ar putea preveni pelagra la om.

Faţă de aceste constatări este greu de înţeles cum se face că alimente cu acţiune antipelagroasă manifestă, conţin numai foarte puţin acid nicotinic: laptele 4 mgr. la litru, carnea de vacă 50 mgr. la kg., peştele 30—60 mgr. la kg., etc. Ar urma ca pentru completarea regimului pelagrogen cu alimente care conţin acid nicotinic, să se consume raţii enorme, spre a se atinge doza preventivă necesară şi anume: peste 12 litri lapte, sau 1—2 kg. carne, sau 5—10 kg. mazăre, etc.

De fapt se ştie că regimul maidic încetează să fie pelagrogen dacă este completat cu raţii normale, fiziologice, de lapte, carne, peşte, mazere, etc. care considerate izolat, sau luate mai multe împreună nu ajung să dea câte 50—100 mgr. de acid nicotinic pe zi.

Toate aceste observaţii contradictorii pot să însemneze: a) că doza preventivă de acid nicotinic a fost evaluată greşit, mai mare de cât cea într'adevăr necesară; b) că metodele de extragere şi dozare a acestui acid din alimente dau rezultate puţin exacte; c) că în alimente acidul nicotinic se găseşte subt forma de combinaţii, mai active de cât acidul preparat sintetic, sau d) că pelagra nu este o avitaminoză PP, pe care ar putea-o preveni şi vindeca acidul nicotinic singur.

Tratamentul pelagrei cu ac. nicotinic dă rezultate surprinzătoare uneori. Din 40 pelagroşi trataţi în 1939—40 de *prof. P. Tomescu*, au părăsit serviciul restabiliţi sau vindecaţi 26, iar 9 ameliorati, şi în toate aceste cazuri era vorba de forme serioase, cu turburări psihice bine caracterizate. In Italia, în 1938 *G. Frontali* a tratat asemenea 11 copii pelagroşi, iar în colaborare cu *G. Ferrari* 14 adulţi bolnavi de pelagră, obţinând ca şi prof. Tomescu rezultate excelente. Autorii italieni conchid că chiar în cursul unei diete pelagrogene acidul nicotinic are un efect curativ repede, nu numai asupra manifestaţiilor mucoase, ci şi asupra celor cutanate şi nervoase, la copil şi la adult. Din 14 pelagroşi adulţi cei 7 care prezentau forme amenţiale şi depresive au fost vindecaţi cu totul, «*senza residui*»; cei cu pelagră inveterată şi manifestaţii dementiale n'au prezentat modificări apreciabile subt înrâurirea tratamentului. Concluzia lui *G. Frontali* după primele cercetări la copii era în rezumat următoarea: «*in base a queste ricerche sperimantali sull'uomo şi qquo affermare che diete pellagrogene acquistano proprietà antipellagrose mediante la sola aggiunta di acido nicotinico*».

S'a văzut în urmă că vindecări durabile nu se pot obţine, când regimul este pelagrogen, de cât dacă se completează dieta odată cu administrarea acidului nicotinic, sau cel puţin dacă se adaugă în acelaş timp şi ceilalţi factori din complexul B_2, cum propun unii cercetători americani. Să mai observăm însfârşit că aşa zisa vitamină PP (acid nicotinic) nu modifică unele simptome ale pelagrrei, — anemia, de ex., dar poate vindeca stări patologice în producerea cărora nu are rol regimul maidic pelagrogen, cum sânt porfiriile toxice, unele dermatoze, psichozele cu caracter demential şi maniaco-depresiv, acrodinia, etc.

Se poate conchide că tratamentul nicotinic, de şi constitue un progres însemnat în domeniul medicinei curative, nu se comportă ca un tratament cauzal, specific, şi criteriul *ex*

juvantibus, — acţiunea antipelagroasă a acidului nicotinic, nu îndreptăţeşte clasificarea pelagrei între avitaminoze, după cum nu ne-ar da dreptul să considerăm ca avitaminoze porfiriile toxice, de ex., pe care le vindecă ro pede acidul nicotinic.

O ultimă obiecţie, de natură mai mult teoretică, rezultă din observaţiile pe care *H. v. Euler* le face asupra amidei acidului nicotinic, parte integrantă din molecula complexă a cozimazei. Această amidă ar trebui numărată printre vitamine, sau mai exact printre pro vitamine, dacă nu s'ar opune faptul că, după cercetările autorului, nu există *«şi nici nu ar putea exista o avitaminoză» prin carenţa cozimazei sau a amidei acidului nicotinic.*

In adevăr, cozimaza constitue un catalizator indispensabil pentru toate, sau pentru cele mai multe celule, fără de care metabolismul hidrocarbonatelor ar fi oprit chiar dela primele sale faze, aşa încât o infimă scădere a cozimazei provoacă moartea animalelor, înainte să apară manifestaţii apreciabiale, specifice, de carenţă.

(V. Ergebnisse der Vitamin-und Hormonforschung, Bd. I. 1938, pag. 174).

6. — Regimul maidic necompensat, redus la cea mai simplă expresie, constă din mămăligă. In familiile sărace şi în timpul ernii raţiunea complimentară se alcătueşte din alimente aproape lipsite de vitamine, în particular *factorul C*, antiscorbutic, abia dacă figurează în varză, cartofi, linte, fasole, prune uscate, găsindu-se mai mult în praz, sfeclă, şi gulii. Oricum, ar fi greu ca în fiecare zi de iarnă raţia alimentară să dea organismului cele 50 mgr. de *acid ascorbic* socotite indispensabile ca să împlinească lipsa totală din mămăligă a factorului C.

Dacă în adevăr regimul maidic necompensat este mai sărac în acid ascorbic, hipovitaminoza C. datorită acestui regim ar trebui să se manifeste prin tendinţa la *emoragii gingivale, osteneală de primăvară, dispoziţia la infecţii catarale ale tubului digestiv* şi ale căilor respiratorii, piurii rebele, unele emoragii capilare şi carie dentară. Câteva din aceste manifestaţii, şi anume cele subliniate, se întâlnesc şi în pelagră, şi probabilitatea ca insuficienţa factorului C să le producă există, deoarece înlocuirea regimului maidic de iarnă prin regimul din anotimpurile următoare, în care intră alimente mai bogate în vitamine de tot felul, aduce de obiceiu vindecarea pelagrei, odată cu dispariţia simptomelor de hipovitaminoză C.

De altfel *I. Claudian*, întrebuinţând testul de saturaţie la vitamina C, a examinat 14 pelagroşi cu turburări digestive importante şi supuşi regimului alimentar de iarnă şi a constatat în toate cazurile cifre de eliminare urinară foarte slabă, care nu întreceau decât într'un caz 4% în 24 ore din cantitatea de ac. ascorbic injectată intravenos (300 mgr.). In cazurile de diaree veche şi denutriţie însemnată, cifrele scoborau chiar subt 2%. Eliminări de aceeş valoare au fost găsite şi la indivizi sănătoşi şi cari nu avuseseră niciodată simptome pelagroase, dar cari erau supuşi unui regim alimentar identic. La indivizi din clasele avute din Bucureşti cifrele de eliminare ale ac. ascorbic erau între 20 şi 26%.

Deşi proba saturaţiei expune la multiple erori după *E. J. Bigwood*, cercetările lui I. Claudian ar trebui repetate pe o scară mai mare, cu atenţie la cauzele de eroare, spre a putea ajunge la concluzii ferme.

7. In rezumat etiologia pelagrei endemice se lămureşte după cunoştinţele actuale, deşi acestea sânt numai în parte sigure, aşa zicând definitivate, indiscutabile.

Fără îndoială numai regimul maidic necompensat poate deveni pelagrogen şi produce pelagra adevărată, endemică în condiţii determinate. Hrana ţăranului se compune din mămăligă, — partea principală, şi din *udătură*, care însemnează «tot ce bea sau îmbucă el pe lângă mămăligă, ca să n'o mănânce goală : lapte, brânză, borş, ceapă, varză, castraveţi, etc.». Se ştie că «în zile de post, când ţăranul n'are alt soiu de udătură mănâncă şi cir cu mămăligă prăjită», adică mămăligă cu terciu sau zeamă de mămăligă. In acest caz avem tipul extrem al regimului maidic necompensat, pelagrogen prin însăşi compoziţia sa, dacă regimul astfel redus ţine câteva săptămâni, sau 2—3 luni. Dar şi în familiile sărace nu lipseşte des udătura, aşa că ivirea pelagrei atârnă în definitiv de natura raţiei suplimentare, se înţelege nedespărţită de partea principală a dietei. Această parte, — mămăliga, contribue la producerea pelagrei prin substanţele toxice pe care le introduce în organism. Raţia suplimentară, când este calitativ insuficientă, lipseşte organismul de substanţele *minimale* indispensabile şi acestea sânt nu numai vitaminele şi provitaminele cunoscute, ci toate substanţele *precursoare* ale hormonelor şi fermenţilor, fără de care sinteza acestora din urmă ar fi imposibilă ; direct, sau indirect, aceste substanţe ar lucra şi la neutralizarea factorilor pelagrogeni toxici.

In condiţii de nutriţie fiziologică regimul maidic nu devine pelagrogen iarna, — care reprezintă anotimpul de preparare a boalei, pentrucă rezervele de vitamine, sau alte mijloace de apărare ale organismului, neutralizează substanţele toxice aduse de regim. In toate celelalte cazuri pelagra se iveşte la începutul primăverii şi simptomele boalei sânt în raport cu lipsa substanţelor *minimale* din alimentele consumate ; uneori vor predomina turburările de hipovitaminoză A, alteori cele produse de insuficienţa celorlalte vitamine şi substanţe *precursoare*, totdeauna asociate cu turburările de natură toxică, datorite porumbului însuşi.

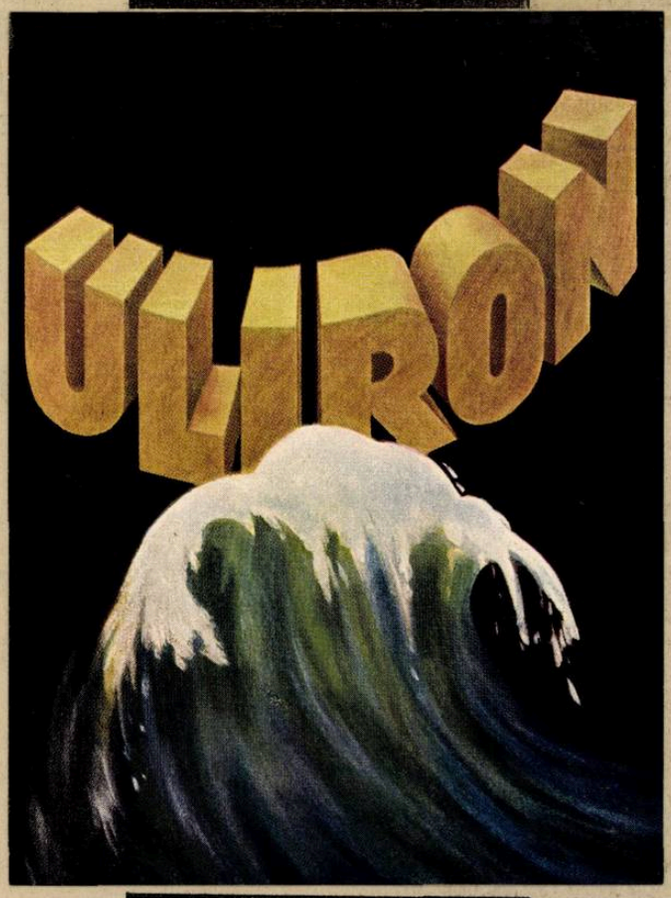
In asemenea condiţii simpotomatologia pelagrei este atât de variată, şi boala nu are o evoluţie constantă, cu grade sau stadii bine fixate, pentrucă simptome şi evoluţie sânt în funcţiune de un factor extrem de variabil, — compoziţia raţiei suplimentare, subt dependenţa anotimpurilor şi a condiţiilor economice dela ţară.

Pentru cercetători etiologia pelagrei rămâne o problemă care le oferă încă un domeniu întins de explorat. Inainte de toate, ceeace se ştie despre substanţa colorantă toxică din porumb precizează numai felul ei de a lucra: **indirect** fiind vorba de o substanţă a cărei prezenţă în sânge şi ţesuturi nu este suficientă ca să sensibilizeze imediat organismul faţă de razele solare. Colorantul toxic produce fotosensibilizarea numai cu timpul, după ce a reuşit să vicieze metabolismul heminei şi al heminproteidelor, făcând să intre în circulaţie şi să se elimine prin urină, în cantitate crescută, componentele heminei, — fierul şi porfirina fotosensibilizantă.

Compoziţia şi multe din proprietăţile acestei substanţe toxice sunt necunoscute, ca şi natura factorilor cari, — independent de ac-nicotinic, o fac nevătămătoare şi apără de pelagră marea majoritate a populaţiei care se hrăneşte cu mămăligă.

Mai numeroase sunt necunoscutele pe care le întâlnim când ne ocupăm de substanţele minimale indispensabile şi de rolul lor etiologic în pelagră. Sunt într'adevăr necondiţionat indispensabile vitaminele pe care organismul nu le poate găsi în alimente ?

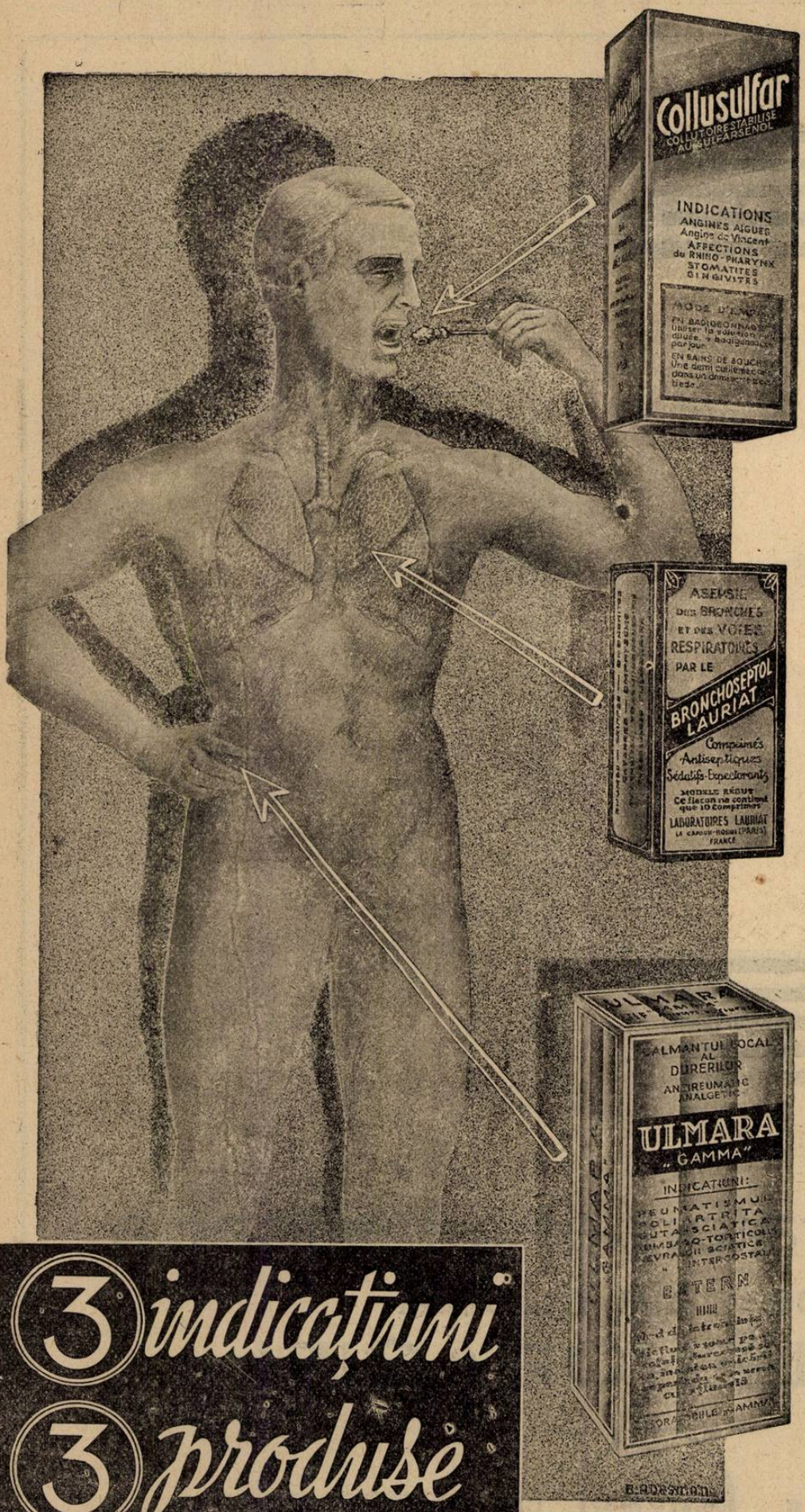
Studiind scorbutul infantil, un autor se întreabă: «de ce oare, printre miile de copii cari întrebuinţează un «aliment de conservă», numai câţiva contractează scorbutul ? *(G. A. Alfaro)* Din contingentul trupelor indiene din Mesopotamia, încercuite la Kut-el-Amara, s'au îmbolnăvit de scorbut în 1916—1918 numai o parte, 30—50%. Tot aşa în cazurile de avitaminoză B_1 **((beriberi)**: în timpul războiului ruso-japonez au suferit de această boală 159 la *mie* din efectivul armatei nipone. In cazul pelagrei, cifra bolnavilor repre-



Pentru tratamentul eficace,
pe cale bucală
al BLENORAGIEI

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3 92.86.



COLLUSULFAR

SULFARSENOL . . 5 gr.
EXCIPIENT q. s. p. 100 cc.

ANGINE ACUTE
ANGINA LUI VINCENT
GINGIVITE

BADIJONAJ ŞI BĂI DE GURĂ

BRONCHOSEPTOL

„LAURIAT"

Pudra de Doveri Codeinată (0,10)	Ipeca	0,01
	Sulf. de pot.	0,04
	Nifr. de pot.	0,04
	Codeină	0,01
BROMOL (Tribr.)		0,02
Extract de Aconit		0,0025
„ de Belladonă		0,005
Terpină		0,05
Benzoat de Sodiu		0,10
Excipient		0,33

AFECŢIUNILE CĂILOR RESPIRATORII

4—6 PE ZI

ULMARA

„GAMMA"

ES. DE SPIREA ULMARIA
„ „ MATRICARIA
„ „ TEREBENTINĂ
„ „ THYM
„ „ LAVANDĂ
„ „ ROSMARIN
CLOROFORM

ANTIREUMATIC ANALGETIC

FRICŢIUNE

3 indicaţiuni
3 produse

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

zintă, în centrele de pelagră endemică, cel mult 10% din populaţia rurală a acestor centre.

Cum se explică rezistenţa naturală a organismului, atunci când lipsesc din alimentaţie vitaminele socotite ca indispensabile?

După *Wachholden*, în cazuri de aport insuficient al factorului C organismul ar putea să-şi restrângă în oarecare măsură nevoia de acest factor; acelaş autor presupune, în urma experienţelor sale, că la cobai, ca şi la om în caz de lipsă a factorului C, s'ar putea desvolta, ca o contra-regulaţie capacitatea de sinteză a organismului, întru cât priveşte elaborarea vitaminei antiscorbutice. Nu am avea aface şi în cazurile de diete pelagrogene cu aceste posibilităţi?

Un mijloc deosebit de auto-apărare constă în înlocuirea unor vitamine prin hormone. In adevăr **H. v. Euler** semnalează această posibilitate şi arată că la şobolan efectul oestrogen al hormonului oestron poate fi produs cu ajutorul vitaminei D. Aceeaş vitamină reuşeşte să suspende la om manifestaţiile tetanice ale hipocalcemiei, consecutivă insuficienţei paratiroidelor, si acţiunea factorului D este tot aşa de sigură, ca şi acţiunea parathormonului, după *Mouriquand*. Insfârşit vitamina B, influenţează în acelaş sens metabolismul lipoidelor ca şi **cortinul**, adică hormonul elaborat de scoarţa capsulelor suprarenale *(Schmitz* şi *Reiss)*.

In caz de lipsă ori insuficienţă a vitaminelor zise indispensabile, ar reuşi să se apere prin mijloace proprii organismele sănătoase; cele slăbite de boli, de sărăcie, de griji sau alte cauze deprimante, ar fi singurele care ar prezenta simptome de avitaminoze, sau hipovitaminoze. In sprijinul acestui fel de a vedea vin observaţiile epidemiologice, arătând că sunt cu deosebire expuşi pelagrei muncitorii agricoli săraci, la noi ca şi în Italia şi America, după cum în scorbut şi în beriberi cauzele favorizante semnalate de autori sunt: mizeria fizică, insuficienţa alimentaţiei, surmenajul şi în general cauzele care micşorează rezistenţa vitală a organismului.

Alte necunoscute ies înaintea celui care studiază mai deaproape simptomele mari ale pelagrei; dintre acestea atrag atenţia cu deosebire turburările psichice. Să nu aibă oare un rol capital, în producerea lor, prezenţa porfirinei în sânge? Să nu intervie fotosensibilizarea creerului ca factor predispozant, şi *insolaţia* ca accident de muncă în bătaia soarelui?

După cum se vede, etiologia pelagrei, — ca obiect de studiu, mai poate să ispitească şi să pue la lucru sagacitatea cercetărilor.

BIBLIOGRAFIE. *C. Funk.* Die Vitamine, 1924. — *W. Stepp, J. Kühnau, H. Schroeder.* Die Vitamine u. ihre Klinische Anwendung, 1939. — *A. Perroncito.* La pellagre in Nouveau traité de méd. Fasc. VII, 2-a éd., 1924. *H. Lucke*, Grundzüge der path. Physiologie, 1936. — *G. Frontali.* Studi sperimentali sulla pellagra umana. Contributo al trattamento con acido nicotinico in Minerva medica, agosto 1938. — *P. Tomescu, I. Cosmulescu* şi *C. Daniel.* Tratamentul pelagrei cu ac. nicotinic în România med., dec. 1939. — *Ştefănescu C. Leon.* Contribuţiuni la tratamentul pelagrei prin ac. nicotinic. Teză Bucureşti, 1940. — *I. Claudian.* Pelagra în lumina cunoştinţelor nouă, 1938. — *E. J. Bigwood.* Des méthodes physiol. objectives d'appréciation des états de précarence in Exposés annuels de biochimie méd., 2-e série 1939. — *Max Reiss.* Die Hormonforschung u. ihre Methoden, 1934. — *H. v. Euler.* Hormones et vitamines in Les régulations hormonales. Rapports présentés aux journées med. de Paris internationales, 1937. — *G. Mouriquand.* Hormones et vitamines in Les régulations hormonales public. precedentă. — *Th. Bersin.* Kurzes Lehrbuch der Enzymologie, 2-e Aufl. 1939.

PROBLEMA CONDITIUNILOR CLIMATICE IN ETIOLOGIA REUMATISMULUI CARDIO-ARTICULAR SPECIFIC

de T. SARAGEA
Conferenţiar Universitar

Se ştie că în afară de concepţia alergică, majoritatea autorilor susţin pe baze clinice, bacteriologice şi histopatologice etiologia infecţioasă a reumatismului lui *Bouillaud*, deşi până în prezent cu toate cercetările numeroase şi insistente, agentul patogen a rămas necunoscut. Inmulţirea progresivă a cazurilor de poliartrită reumatică în aglomerările omeneşti, frecvenţa lor marcată în mediul muncitoresc, consecinţele lezionale cari duc la infirmităţi incurabile pun această boală pe un plan social şi impun măsuri ample pentru salvarea capitalului uman. Pentru acest motiv s'au făcut sforţări în timpul din urmă în toate ţările pentru cunoaşteea mai amănunţită a boalei şi mai ales a condiţiunilor ei de desvoltare şi s'au publicat numeroase studii şi statistici. Este firesc ca succesul în lupta profilactică contra unei boale să impună cunoaşterea cât mai adâncă a condiţiunilor etiologice în care ea obişnueşte să se desvolte. Intre aceste condiţiuni favorizante s'a observat de la început rolul important pe care îl are climatul. Insă menţiunile care se găsesc în diferitele publicaţiuni asupra acestui punct sunt aşa de contradictorii, în cât verificarea acestor date s'a impus de la sine.

Mai toţi autorii accentuiază influenţa frigului asupra determinismului reumatic; totuşi *Fowler* [1] pretinde că această boală este necunoscută în regiunile polare. *Pribram* [2] a putut însă afla cazuri în Kamciatka, Islanda şi Groenlanda. *Besançon* [3] afirmă că boala lui *Bouillaud* este mai frecventă în climatul rece şi umed. *Dietrich* [4] crede că în climatul rece şi uscat cazurile sunt mai frequente şi cele mai puţine în clima caldă. Din acest punct de vedere *Lasegue* [5] observă că articulaţiile cele mai expuse la frig ca temporomaxilarele, articulaţiile degetelor sunt totuşi cele mai puţin atinse de procesul reumatic.

Tot Pribram după cercetări mai întinse ajunge la concluzia că boala ar surveni mai des în latitudinea nordică, mai frequent în clima uscată şi rece şi mai rar în cea umedă şi caldă. Constatări identice fac *D. Seegal* şi *B. Seegal* [6] (Boston) într'o anchetă în Spitalele din Statele-Unite, care au raportat că în regiunile septentrionale numărul de bolnavi reumatizanţi este mult mai mare ca în regiunile meridionale. De asemenea *Costedoat* şi *Jeannest* [7] găsesc că în Franţa (metropola) boala lui Boullaud este de 8 ori mai frequentă ca în Maroc.

In America *Coburn* [8] în urma unei anchete minuţioase şi ajutat de un mare număr de colaboratori ajunge la concluzia că boala este mai frecventă între latitudinile 50° — 40° nord, mai rară între 40° — 30°, excepţională între 30° — 20° şi necunoscută în zona equatorială; pe măsura îndepărtărei de la equator spre sud creşte din nou frequenţa cazurilor de reumatism. In

1) Fowler, Lancet 1880, II Dez.

2) Pribram, Der akute Gelenkrhoum. (Wien 1901).

3) Besançon, Ann. Med. T. XIX, No. 2, 1926.

4) Dietrich Reum, Kreislaufschad, Dresden 1938.

5) Lassègue Semaine Med. 1882, II, 53.

ţările tropicale după medicii coloniali nu se găsesc cazuri de poliartrită reumatismală. Chiar când un locuitor al Metropolei, care a avut deja un prim atac în Anglia de pildă, unde reumatismul cardio articular este frequent, se duce într'o colonie tropicală se găseşte la adăpost de atacuri ulterioare. In cât cum remarcă şi Dietrich acest fapt este de o mare importanţă pentru evoluţia celor atinşi de un prim atac de reumatism. Astfel se pune şi pentru reumatismul cordioarticular problema unui tratament climatic, ca şi în tuberculoză de pildă.

Pentru unii autori starea higroscopică a atmosferei are un rol important. Aşa *Edlefszen*, citat de *Morariu* [9]) vrea să stabilească o corelaţie între starea de umiditate a unei regiuni, între cantitatea de precipitaţiuni şi frequenţa reumatismului, accentuând că acest factor este mai important decât frigul.

Poate mai important de cât umiditatea este starea de ionizare a aerului şi anume creşterea numărului ionilor pozitivi, cari favorizează după Denier [10]) apariţia crizelor reumatismale; când aerul conţine din contra Ioni negativi, bolnavii se simt bine.

In legătură cu influenţa climei asupra apariţiei şi evoluţiei reumatismului cardioarticular specific stă şi aceea a anotimpurilor. Nici din acest punct de vedere autorii nu sunt de acord. Pentru autorii clasici cele mai dese cazuri survin iarna şi primăvara. Tot aşa *Sutton* [11]) găseşte în Anglia că cele mai numeroase cazuri survin iarna. La fel *Kelsch* citat de Besançon crede că iarna sunt cele mai dese cazuri. Pentru *Besançon* însă primăvara şi vara sunt anotimpurile cele mai favorabile reumatismului, ceia ce după părerea sa contrazice noţiunea favorizantă a frigului. De aceiaşi părere este şi *Grenet* [12]). Mai departe *Codvelle, Paraire* şi *Jacquier* [13]) pe 248 soldaţi găseşte o foarte ridicată proporţie în primele 4 luni ale anului. *Pribram* găseşte la Praga în curs de 20 ani apogeul boalei în luna Noembrie şi Decembrie, iar cele mai puţine cazuri în August. *Besnier* din contră pe o statistică de 8631 cazuri timp de 4 ani la Paris găseşte cel mai mare număr în Iunie şi cel mai mic în Ianuarie. In armata germană maximum de îmbolnăviri cade în Ianuarie, Februarie şi Martie (înainte de război), iar minimum în August sau Septembrie. *Church* [14]) într'o statistică a unui spital din Londra arată pe un număr de ani că procentul de îmbolnăvire creşte brusc în lunile de toamnă, ajungând un maximum în Octombrie şi Noembrie iar scăderea cea mai marcată se observă în Martie şi Iunie.

Nobercourt P. şi *Panat J.* [15]) pe o statistică de 200 copii găseşte rolul anotimpurilor foarte important; aceşti autori observă pentru copii 2 maxime de frequenţă în Iunie şi Iulie, adică în momentul de frig şi căldură excesivă.

Faure M. [16]) bazându-se pe intermitenţa atacurilor reumatice le pune în legătură cu petele solare, care determină anumite schimbări de timp, (temperatură, precipitaţii) şi pe care reumaticii le resimt adesecri cu ceva mai înainte.

Cercetând foile de observaţie a bolnavilor de reumatism cardioaticular specific internaţi în serviciul medical din Spitalul Colţea (fosta Clinică Prof, *Nanu-Muscel*) timp de 10 ani (1927 — 1937), constatăm din acest punct de vedere, o evidentă diferenţă de la un anotimp la altul. Au fost internaţi în acest timp în spital 255 bolnavi de reumatism cardio-articuar specific; dintre ei 133 se găseau la primul lor atac; iar 122 la una din recidive. Cele mai frequente cazuri de îmbolnăviri primare (primul atac) cad în lunile Octombrie (11,3 %), Noembrie (12 %), Decembrie (11,3%) şi Martie (10,5%), iar cele mai puţine în lunile Iulie (2,2%) şi August (4,5%).

Reese clar prin urmare că în lunile în care la noi în ţară, avem frig umed şi ceţos, adică Octombrie, Noembrie şi Decembrie, iar primăvara în Martie avem numărul cel mai mare de cazuri de reumatism cardioaticular specific.

După cum observă şi *Dietrich*, nu numai frigul, dar şi schimbările frequente şi bruşte de temperatură în unele luni din an, par să favorizeze în mod deosebit infecţiunea reumatismală. Din contra lunile cari, în climatul nostru sunt în general călduroase şi foarte uscate, arată cazurile cele mai puţine de îmbolnăviri. Aceste constatări vin să se suprapună aproape exact pe cele făcute de *Pribram* la Praga.

Aproape identic ca şi în atacul primar, recidivele sunt influenţate de aceleaşi variaţiuni, ale timpului. Cele mai numeroase cazuri de recidive le constatăm în lunile Noembrie (13,9%) şi Decembrie (17,2%), iar cel mai puţin în Iulie (2,5%) şi August (3,3%). Este interesant de constatat că atât atacul primar, cât şi recidivele suferă aceiaşi influenţă, într'o măsură identică ba poate şi mai evidentă pentru recidive sub variaţiunile timpului. Acest fapt, asupra căruia a insistat şi *Pribram*, arată în mod evident că anotimpul trebue să exercite o acţiune favorizantă, prin elementul său frig şi umiditate şi impun prin urmare aceleaşi măsuri de preîntîmpinare.

Discordanţa pe care o găsim la unii autori în datele acestei influenţe climatice asupra aprinderei şi evoluţiei reumatismului cardio-articular specific, poate găsi mai multe explicaţii. In primul rând nu toţi autorii au făcut distincţiunea între reumatismul Bouillaud şi celelalte stări reumatismale în statisticele lor. In al 2-lea rând pentru fiecare ţară sau regiune, climatul prezintă caractere proprii şi rezultatele unei statistici făcute într'o regiune, de pildă Anglia nu pot fi comparate în ce priveşte anotimpul cu cele observate în Spania sau Rusia. Acesta este poate motivul pentru care rezultatul statisticei noastre este aşa de identic cu a lui Pribram, din Praga, amândouă aceste regiuni având aceiaşi climă continentală, cu variaţiuni foarte apropiate. In fine nu trebue uitat că alături de factorul infecţios, direct răspunzător, climatul cu toţi ceilalţi factori convergenţi, ca vârstă, profesiune, stare socială etc., nu rămâne decât componenta unui complex infinit de variabil.

Acţiunea climatului se poate exercita direct asupra manifestărilor articulare reumatice, cum se observă de pildă în recidivele reumatismului cardio-aticular specific, cari devin cum am văzut mai frequente în condiţiuni climatice defavorabile (frig, umezeală); dar şi indirect favorizând infecţiuni, în special streptococice amigdaliene rino-furingiene, ce constituesc pentru majoritatea autorilor poarta de intrare a infecţiunei reumatismale.

---

6) D. Seegal a. B. Seegal J. Ammer. Med. Ass. 89, II. 1927.

7) Costedoat et Jeannest. Bull. Soc. Med. Hôp. Paris 1937, p. 1173.

8) Coburn, The factor of infection in reumatic state, Baltimore 1931.

9) Morariu E., Mişcarea Medicală No. 5—6 1940.

10) Deuire Presse mad. 30 Dec. 1940.

11) Sutton, Am. Heert J., 4, 145, 128.

12) Grenet, Soc Med. Hôp. 14.V.1937.

13) Codvelle, Parbire et. acquire. Soc. med, hôp. Paris, 26.XI.1937.

14) Church, Reumatre, fever Bd. ,II T. 1, 1912.

15) Nobecourt et Panat, Academie de Medecine 3.II.1932.

16) Faure M., Lezette des hôp. t. CV No. 105, 1932.

Consideraţiuni asupra unei anchete privind numărul copiilor din familiile lucrătorilor

(Consideraţiuni medico-sociale)

de Dr. A. HAGI-PARASCHIV
Docent universitar

Din interogatoriul medical obişnuit, al lucrătorilor veniţi la consultaţiunile medicale din infirmeriile Imprimeriilor Statului din Bucureşti, încă de multă vreme am avut impresiunea că numărul copiilor din familiile lucrătorilor este mic. Multe familii nu au acceptat sau nu au putut să aibe copii, tot atât de multe nu au decât unul-doi şi în foarte puţine familii numărul copiilor trece de doi.

Am voit să-mi dau seama prin o anchetă mai întinsă, dacă această impresiune corespunde unei realităţi şi să caut să exprim prin cifre această stare, să stabilesc numeric raportul dintre numărul copiilor şi al familiilor şi apoi să cercetez cauzele şi mijloacele de îndreptare ale acestei stări, care generalizată ar putea avea o aşa de mare importanţă pentru viitorul Ţării.

Constatările mele nu se referă la natalitate, ancheta necuprinzând decât date asupra numărului de copii ce avea fiecare familie în momentul anchetei. Ţinând seamă de faptul că nu toţi aceşti lucrători sunt specializaţi, că foarte mulţi împlinesc simplul serviciu de lucrător manual, cu vechime în serviciu nu prea mare, şi de faptul că ei fac parte mai ales din populaţia comunelor suburbane din jurul Bucureştiului sau din cartierele mărginaşe ale Capitalei, datele obţinute pot avea o însemnătate mai generală. Ar fi necesară o cercetare mai întinsă în lumea lucrătorilor, pentru a vedea din datele aflate dacă putem face o generalizare. In orice caz, am găsit necesar să atrag atenţiunea asupra micului număr de copii din familiile acestor lucrători, precum şi asupra relei repartiţii a sarcinii îngrijirii copiilor, copii reprezentând în esenţă cel mai de seamă tezaur al Naţiunii.

Cercetarea mea s'a extins la trei instituţii din Capitală.

I. Prima — F. T. — cuprinde aproape 200 lucrători şi mici funcţionari. Toţi au fost cercetaţi. Aceştia, împărţiţi pe sex şi vârstă, se repartizează astfel:

	B.	F.	Total
Dela 15—20 ani (minori)	11	12	23
« 21—30 « (tineri)	18	30	48
« 31—50 « (maturi)	71	31	102
« 51—60 « (vârstnici)	17	8	25
	117	81	198

Din aceştia 145 sunt căsătoriţi.

După vârstă, aceştia sunt astfel repartizaţi:

Dela 15—20 ani	2
« 21—30 «	32
« 31—50 «	93
« 51—65 «	18
Total	145 fam

Dacă din această cifră scădem cele două familii prea tinere, rămân 143 familii de luat în considerare.

Toate aceste familii aveau la data cercetării 179 copii.

Cercetând numărul copiilor din aceste familii formăm următorul tabel:

Familii fără copii	54	deci 37%	având	0 copii
« cu un copil	39	« 27%	«	39 «
« « doi copii	29	« 20%	«	58 «
« « trei «	6	« 4%	«	18 «
« « mai mult de trei copii	14	« 12%	«	64 «
Total				179 copii

$$\text{Indicele } \frac{\text{Nr. copiilor}}{\text{Nr. familiilor}} = \frac{179}{145} = 1{,}23$$

Socotind numărul familiilor cu mai mult de doi copii, găsim că sarcina îngrijirii a 82 copii este pe seama a 20 familii. Numărul familiilor cu 1—2 copii este de 68, având de îngrijit 97 copii, iar 54 familii nu au nici un copil.

Deci sarcina mare în privinţa copiilor apasă pe umerii a 20 familii, mai puţin asupra a 68 familii şi de loc asupra a 54 familii, la cari trebue să mai adăogăm încă 32 lucrători majori necăsătoriţi, deci un total de 100 lucrători fără grije pentru descendenţă, prin urmare mai mult de jumătate din numărul total al lucrătorilor din această instituţie. Astfel că sarcina descendenţii apasă greu de tot pe 10% din numărul lucrătorilor, şi într'un grad mai mic asupra a 35% dintre ei.

II. A doua Instituţie cercetată — I. C. — cuprinde 746 lucrători chestionaţi.

Repartizaţi după vârstă şi sex, avem următorul tabel:

	B.	F.	Total
Dela 15—20 ani (minori)	66	35	101
„ 21—30 „ (tineri)	131	56	187
„ 31—50 „ (maturi)	278	80	358
„ 51—65 „ (vârstnici)	91	9	100
Toal :	566	180	746

Din aceşti lucrători 498 sunt căsătoriţi.

Aceste familii aveau la data cercetării 669 copii.

Repartizate după numărul copiilor, găsim următorul tabel şi proporţie :

		Nr. copiilor
Familii fără copii	184 (37%)	0
„ cu un copil	123 (25%)	123
„ „ doi copii	97 (19%)	194
„ „ trei „	46 (9 %)	138
„ cu mai mult de trei copii	48 (10%)	214
Total :	498	669

$$\text{Indicele de familie : } \frac{\text{Nr. copiilor}}{\text{Nr. familiilor}} = 1{,}49$$

Deci 94 familii, reprezentând nici a cincea parte din totalul lucrătorilor căsătoriţi, au în grija lor 532 copii, deci peste jumătate din numărul total, iar restul de copii sunt în sarcina a 200 familii (317 copii) având câte 1—2 copii; deasemeni, aproape acelaşi număr de familii nu are nici o grijă de descendenţă.

III. A treia Instituţie cercetată (I. N.) cuprinde 661 lucrători. Repartizaţi după vârstă şi sex avem următorul tabel:

	B.	F.	Total
Dela 15—20 ani (minori)	59	57	116
„ 21—30 „ (tineri)	134	86	220
„ 31—50 „ (maturi)	172	97	269
„ 51—65 „ (vârstnici)	47	9	57
Total :	412	249	661

Din acest număr, 415 sunt căsătoriţi.

Repartizate după numărul copiilor, aceste familii formează următorul tabel:

			Nr. copiilor
Familii fără copii	165	(40%)	0
„ cu un copil	136	(32%)	136
„ „ doi copii	59	(15%)	118
„ „ trei „	29	(7 %)	87
„ cu peste trei copii	26	(6 %)	119
Total :	415		460

Şi aici 45 familii, reprezentând 13 la sută din totalul lucrătorilor căsătoriţi, au 206 copii, deci aproape jumătate din numărul copiilor; iar 195 familii, reprezentând 47 la sută din numărul familiilor au 254 copii, în timp ce 40 la sută din cei căsătoriţi nu au încă sarcina descendenţei. Zic încă pentrucă în această instituţie numărul lucrătorilor tineri este mai mare. Astfel avem o treime din lucrători şi lucrătoare având între 21 şi 30 ani, precum şi un mai mare număr de lucrători şi lucrătoare sub 21 ani.

O parte din lucrătoarele sub 21 ani, sunt căsătorite, formând familii prea tinere, multe fără copii. Oricât am admite acest corectiv, totuşi găsim că din 545 lucrători majori, 415 sunt căsătoriţi, deci 130 necăsătoriţi.

Şi în această instituţie, raportul între numărul copiilor şi numărul familiilor este foarte defavorabil, indicele fiind **1,1.**

Din aceste date statistice, putem trasa un număr de consideraţiuni destul de importante, asupra numărului copiilor din familiile lucrătorilor.

Să prezentăm un tabel comparativ de cifrele obţinute la cele trei instituţii şi cari sunt destul de apropiate.

Date de comparaţie	Institutia		
	F. T.	I. C.	I. N.
Familii :			
cu 0 copii	37 %	37%	40%
« un copil	27%	25%	32%
« doi copii	20%	19%	15%
« trei copii	4%	9%	9%
« peste trei copii	11%	10%	6%
Coeficient de familie	1,23	1,49	1,10

Deci mai mult decât a treia parte din familii nu au copii. Au un număr mic de copii (1—2) 44—47%, deci aproape jumătate; şi numai 13—19% au peste doi copii.

Coeficientul de familie este foarte coborît, el se cuprinde între 1,1—1,5. Cu acest coeficient orăşenesc, dacă nu am avea surplusul de natalitate rural, desigur că am ajunge la o depopulaţie dezastruoasă. Coeficientul ar trebui să fie mult peste doi, ţinând socoteală şi de numărul adulţilor necăsătoriţi.

Cauzele numărului mic de copii în familiile lucrătorilor

Ele se pot clasifica în: a) cauze patologce — prin maladii b) cauze economice şi c) cauze psihologice-morale.

I. In calitate de medic ar fi natural să mă ocup mai mult de cauzele patologice. Le voiu schiţa numai, ele fiind bine cunoscute; voiu accentua însă asupra unora pe care le socot de importanţă mare.

Sterilitatea masculină este mai rară, ea ţine de infecţiuni ale aparatului uro-genital. In special complicaţiile testiculare ale blenoragiei, tuberculoza testiculară sau orchita ourleiană, constituesc cauzele cele mai dese. Deasemenea sifilisul trebue să fie luat în considerare.

Sterilitatea femenină, mai importantă, ţine uneori la mal — formaţiuni şi vicii de poziţie ale aparatului genital, a căror constatare şi corectare ţine de specialist.

Dar cea mai mare parte din cauzele sterilizante la femei socot că ţin la procesele de inflamaţii acute, subacute sau cronice ale aparatului genital femenin; în mare majoritate aceste procese ţin de infecţiuni gonococice.

Trebue să se ţină seamă de marele număr de lucrătoare suferinde, ce prezintă din partea ovarelor, trompelor şi uterului, inflamaţiuni, produse de cele mai multe ori prin infectări conjugale dela soţi inconştienţi de boaleel ce au sau incomplet vindecaţi. Mai rareori infecţiunea este datorită carenţei morale a tinerelor lucrătoare. Ne dăm astfel seama de pierderea pentru economia naţională, ce rezultă din marele număr de zile nemuncite, din cauza boalelor survenite prin aceste infecţiuni. Aceste pierderi ar putea fi evitate printr'o educaţie mai severă şi morală a tineretului şi prin o deosebită atragere aminte, asupra pericolului la care se expun prin viaţa de libertinaj, în care sunt tentaţi să intre, într'o societate cu moravurile mai relaxate.

Trebue începută o campanie extrem de activă contra boalelor venerice şi în special a blenoragiei, care sub aspectul de a fi o boală «accident fatal al tinereţii» cum o crede lumea muncitoare, are din contră un răsunet dezastruos asupra organismului femenin, făcând din tinerele fete şi femei adevărate invalide, ce merg din dispensar ginecologic în dispensar medical, făcând nesfârşite şi chinuitoare cure de vaccin Delbet, pentru a ajunge de multe ori la histerectomii, practicate la vânsta de 28—30 ani.

Cine a practicat medicina în mediul muncitoresc şi a avut interesul să vadă acest calvar al femeilor muncitoare, şi-a dat seama de întinderea şi intensitatea răului. Blenoragia trebue considerată alături de tuberculoză, sifilis, alcoolism şi subnutriţie, din cauza proastei salarizări, ca o boală socială, un flagel de seamă, ce sapă sănătatea lucrătorului român şi viitorul naţiei, micşorând natalitatea şi capacitatea de muncă.

Dezastrul produs în mediul rural de paludism, în ceeace priveşte repercuţiunea asupra rezistenţei şi nutriţiei organismului şi în privinţa pierderii zilelor de lucru, este reprezentat în lumea muncitoarelor de oraş de infecţiunea cronică blenoragică.

Intre cauzele patologice ale numărului mic de descendenţi din lumea muncitorului de oraş este şi mortalitatea infantilă, asupra căreia s'a insistat mult şi de mult, dar poate niciodată destul. S'au luat multe măsuri de îndreptare, prin asistenţa medicală ce se dă copiilor în atâtea instituţii ale Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, ale Societăţilor de Binefacere, ale Municipiilor, etc. Mai este încă mult de făcut. O campanie activă pentru instalarea de leagăne mici şi grădiniţe de copii pe lângă orice instituţiune care foloseşte personal femenin, este absolut indicată. Astfel copiii ar sta mai mult timp sub supravegherea medicală şi alături de mamele lor. Alăptarea maternă ar fi mai prelungită, cu toate avantagiile ei pentru desvotarea copilului şi micşorarea mortalităţii infantile.

Corijând pe cât posibil această mortalitate infantilă, se ajunge la o ridicare a numărului descendenţilor, atunci când natalitatea este destul de ridicată.

II. Cauzele economice ale num-

CORIZA
ACUTĂ şi CRONICĂ
RINITE,
SINUSITE,
ETC.

CLORETON,
ATROPINĂ
FENILMETILAMINO-
PROPANOL,
MENTHOL,CAMPHOR
IN SOLUŢIE
ULEIOASĂ

EŞANTION LA CERERE

ANTISINUSIN

Depozit:

Farmacia G. SIMONIU
Bucureşti III. B-d Vintilă Brătianu No. 5
Telefon 2.79.50

Laboratoires ROSA-Paris

CHOPHYTOL
Extract de Cynara

Tonic hepatic. Diuretic. Favorizant al metabolismului ureii şi cholesterolului

Injecţii. Picături. Dragee

Laboratoires ROSA-Paris

CYNUROL
Salicilat de fenil. Hexametilentetramin Dietilendiamin. Uva Ursi. Cynara.

Disolvant al acidului uric. Diuretic. Antiseptic.

Dragee

Laboratoires de l'Ozothine Paris

OZOTHINE
Substanţă balsamică ozonizată oxigen-activ.

Desinfectant. Desodorizant. Bactericid. Sicativ. Modificator al formulei leucocitare.

Injecţii intramusculare, intravenoase a 2,5 şi 10 c.c.
Capsule.

Eşantioane şi literatură:

Farm. G. SIMONIU, Bucureşti III, B-d Vintilă Brătianu No. 5
Tel .2,79.50

ANGINE DE POITRINE

AORTITES, ASTHME CARDIAQUE, ARTÉRITES ETC.

DRAGÉES
À
NOYAU MOU
DE

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS | **TRINITRINE PAPAVÉRINE LALEUF**

CROQUER
UNE DRAGÉE TOUTES LES 2 ou 3 MINUTES
AU MOMENT OU EN PRÉVISION DES ACCÈS
MAXIMUM : 10 DRAGÉES PAR 24 HEURES
SUIVANT PRESCRIPTION MÉDICALE

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE
LABORATOIRES LALEUF

Reprezentanța generală: PAUL ILUTZA, Str. Olari No. 23. — Telefon 2.29.46.

rului mic de copii din lumea muncitorilor de oraș stă în reaua salarizare și în bună parte în reaua utilizare a banului câștigat. Se cheltuește încă, dintr'o rea educație, o bună parte din banul câștigat cu greu, pe lucruri perfect inutile. Lipsa de locuințe eftine și confortabile, în cartiere igienice, este mult resimțită în lumea muncitorească a Capitalei.

In aceste condițiuni lucrătorul consideră o sarcină mare apariția unuia, sau mai ales a mai multor copii în familia sa și nu odată am avut dureroasa ocazie de a auzi răspunzându-mi-se la întrebarea mea dacă are copii: «nu mai îmi trebue și această belea» — în sensul de sarcină neplăcută.

După cum se constată din statisticele prezentate, sarcina descendenței apasă din punct de vedere material — a cheltuelilor de întreținere — pe umerii unui mic număr de muncitori, circa 20 la sută, iar din rest, jumătate nu au nici o grijă (familii fără copii sau celibatari), iar alții au o grijă mică. Este impresionant de cetit în figura lucrătorului cu familia împovărată cu 4—5 copii, de cele mai multe ori de recentă proveniență rurală, expresiunea îngrijorării pentru asigurarea «pâinei cea de toate zilele». Mi-a spus o asemenea lucrătoare nespecializată, deci cu un câștig mic, că trebue să cumpere zilnic 6—7 pâini, ceeace absoarbe aproape jumătate din salariul ei. Ce mai rămâne atunci pentru restul nevoilor vieții?

Trebue afirmat totuși că lumea muncitoare, din industria în care am făcut cercetarea de față, primește o salarizare mai omenoasă și că locurile în această Instituție sunt destul de căutate.

Legiferarea privind ajutorul de familie al funcționarilor Statului, în raport cu numărul de copii, a făcut un mare progres în ultimul timp. Ajutorul este foarte echitabil și poate asigura un real sprijin familiilor împovărate, ale micilor funcționari (un funcționar, cu 4—5 copii, primește un plus de 1.600—2.000 lei lunar, pentru întreținerea copiilor). Acest sistem trebue extins și în lumea muncitorilor. Este greu ca Statul să intervină direct în această chestiune, aducând o împovărare nouă bugetului. Dar este drept ca sarcina descendenței să se repartizeze puțin și asupra celor cari, din diferite cauze, nu au această grije.

O soluție ar fi următoarea: fie tot sporul de salariu ce nu va întârzia să se producă pentru muncitori, fie din vechea salarizare săptămânală, să se desfacă o cotă destul de bună cca. 10 la sută, care să se dividă la numărul de copii ai lucrătorilor dintr'o Instituție. S'ar obține astfel o sumă de 50 până la 80 lei, care ar reprezenta ajutorul săptămânal pentru fiecare copil, astfel că, un lucrător care ar avea sarcina a 5 copii, ar primi pe lângă salariul său proporțional cu specializarea sa, o cotă proporțională cu numărul de copii și care este aceeași indiferent de gradul pe care îl ocupă lucrătorul în ierarhia muncitorească. Ar fi un surplus care ar asigura procurarea de alimente și articolele necesare întreținerii copiilor. Avem astfel un început de echilibru în repartizarea grijei descendenței asupra tuturor familiilor. Acesta s'ar perfecta mai târziu prin alte fonduri provenite din participarea la beneficii, din orele suplimentare, din amenzi etc.

III. Cauzele psihologice-morale ale numărului mic de copii în familiile lucrătorilor, țin la tendința vremurilor din urmă, ca fiecare să nu-și îngreuneze existența și mai ales la dorința de a fi liber să își petreacă viața după cum vrea.

Apariția copilului în familie nu mai reprezintă de multe ori scopul însuși al încheierii familiei, ci o piedică în libertatea soților. Dacă nu au părinți, cărora să le treacă această grije a creșterii copilului, recurg la toate mijloacele anti-concepționale, sau la mijloace criminale cu ajutorul medicilor avortori sau a moașelor, pentru a-și recâștiga libertatea.

Prea marea dorință de libertate și petrecere, care a nenorocit Franța de după Războiul Mondial, după cum afirmă Mareșalul Petain, există și în lumea noastră orășenească, în mediul burghez și chiar în mediul muncitoresc.

Trebue o nouă disciplină morală, care sper că nu va întârzia să se afirme, să facă a se vedea, care este scopul principal al vieții. Instituțiile au îndatorirea să găsească toate mijloacele posibile pentru a ajuta creșterea copiilor, (leagăne, grădinițe de copii, ajutoare speciale după numărul copiilor), iar familiile să-și corecteze ideile morale asuspra vieții și descendenței.

NOTIȚĂ TERAPEUTICĂ

Contribuțiuni la tratamentul pruritului vulvar*)

de Dr. GHEORGHE SGLIMBEA

Pruritul, după cum este cunoscut în câmpul dermatologiei, este însoțitorul fidel al multor boli cutanate, care boli sunt influențate direct în aspectul lor clinic, în evoluția lor ca durată și urmări, de acest simptom îngrozitor și neplăcut atât pentru cel suferind cât și pentru medic.

Odată cu încetarea acestui simptom se schimbă aspectul clinic al bolii cutanate, se micșorează durata evoluției ei, se accelerează regresiunea și de multe ori se obține direct vindecarea.

Cauza pruritului după cum se știe este de multe feluri, asemenea și apariția și localizarea lui pe corp. Eu în cazul de față mă mărginesc la pruritele locale, la acele prurite care cred și presupun că provenienta nu este endocrinologică ci mai mult circulatorie și nervoasă.

Am aplicat în șase cazuri tratamentul local, fără alt tratament general, decât siropuri roborante în două cazuri, Pomada Dermotherna cu un rezultat surprinzător. In toate aceste șase cazuri au fost femei în vârstă de 25 și 36 ani unde se exclude o involuție a organelor genitale (pre Klimax sau Klimax) având toate șase menstruația, unele cu diferite mici nereguli, dar destul de abundentă după spusele lor.

Două au fost timp de câteva săptămâni sub tratament medical sanatorial fiind tratate cu radium. După acest tratament pruritul s'a intensificat. La 4 săptămâni după întreruparea tratamentului cu radium, s'a aplicat Pomada Dermotherma, cu rezultat foarte bun. Pruritul după întrebuințarea celor două tuburi, a dispărut — pielea care era edematiată, îngroșată, plină de gratajuri, a devenit aproape normală. După 3—4 săptămâni ambele paciente m'au avizat că sunt foarte bine. Două din cazurile sus amintite, pe lângă pruritul vulvar au suferit și de prurit anal (Oxiuris exclus). In antecedente, constipație, hemoroizi. La tratamentul cu Dermotherma pruritul a cedat repede.

Celelalte două cazuri, unde am întrebuințat roborantele cred că pruritul vulvar a fost provocat secundar pe bază nervoasă, însă clinic tot cu o stază circulatorie evidentă, la tratamentul cu Dermotherma a cedat repede, pe lângă tratamentul general cu roborante (ca tonice: Chinină, Glycerophosph. Syr. jod, fier).

In rezumat pruritul vulvar acolo unde medicul este sigur sau bănuește că originea ar putea fi de natură circulatorie, o stază directă sau pe bază nervoasă, poate fi influențat repede cu tratamentul local bine aplicat al Pomadei Dermotherma.

*) Lucrare din Secția Dermatologică a Spitalului de Stat (Cluj).

CONGRESUL MEDICAL DE LA MARBURG ŞI SĂRBĂTORIREA SAVANTULUI EMIL VON BEHRING

de Dr. ŞERBAN MILCOVEANU

Oraşul Marbug se găseşte în Sud-Westul Germaniei, lângă Franckfurt am Main. De pe o stâncă un istoric castel vechi de peste 700 ani domineazâ întreg oraşul. In acest castel s'au întâlnit pentru a găsi adevărul cei trei reformatori : Luther, Calvin şi Melanchton. Liberată de sub tutela înăbuşitoare a catolicismului, Universitatea din Marburg şi-a deschis drumul spre o viaţă independentă. Curând a ajuns să strângă în jurul ei cele mai de seamă somităţi ştiinţifice nu numai ale Germaniei, dar şi ale lumei.

Astfel Univesitatea din Marburg în cele din urmă 2 secole a cunoscut o prodigioasă desvoltare ştiinţifică şi şi-a făurit un deosebit prestigiu nu numai ştiinţific, dar şi etic.

Astăzi oraşul Marburg îşi are esenţa care îl defineşte numai în universitatea şi prestigiul ştiinţific. Oraşul este mic, n'are industrie, n'are circulaţie şi agitaţiea aceia a marilor centre Germane. In schimb închide întrânsul un puternic centru ştiinţific şi o bogată viaţă studenţească. In Marburg sunt prezente toate facultăţile afară de şcolile technice. Liniştea oraşului este anume roditoare pentru gândire şi cercetare. Pentru definiţie, deci, Marburg, este un oraş al ştiinţei.

Sărbătorirea semicentenarului a început în dimineaţa de 4 Decembrie 1940, în însăşi măreaţa aulă a Universităţii Philip din Marburg.

In faţă, pe estradă, au luat loc peste 100 rectori ai tuturor Universităţilor Germane, şi profesori ai facultăţilor de medicină. Nume cunoscute în toată lumea, creatori şi autori în ştiinţă şi figuri grave, respectate. Păstrând o mândră tradiţie întreg corpul profesoral purta pălăria şi toga roşie-albastră tradiţională.

In sală au luat loc savanţii şi profesorii a 23 naţiuni, veniţi de pe întreg globul, din America de Sud, din Japonia. In fund se înşirau studenţii Univesităţii din Marburg cu feţele brăzdate de semnele duelului şi în acelaş timp arătând o preocupare serioasă spre munca ştiinţifică.

In şedinţa solemnă a deschiderii au luat cuvântul reprezentanţii oficialităţii.

Dr. *Mayer, Rectorul Universităţii*, a subliniat că astăzi a ajuns imposibilă cercetarea individuală şi tot mai accentuat devine necesară cercetarea comună, cât şi prin strânse legături ştiinţifice.

Dr. *Rust. Ministrul Educaţiei* urmărind o paralelă între cercetarea ştiinţifică şi practica aplicată în folosul omenirii a declarat că în spiritul revoluţiei naţional-socialiste preocupările savanţilor nu trebue să rămână abstracte, ci să fie adânc realiste — aşa cum este întreaga operă a lui Behring.

Dr. *Conti, Ministrul Sănătăţii* aducând cuvântul corpului medical german şi a întregei organizaţii sanitare recunoaşte că la temelia asistenţii publice este însăşi cunoaşterea ştiinţifică.

Prof. dr. Becher, Decanul Facultăţii de Medicină din Marburg a evocat atmosfera facultăţei la data când a lucrat Behring şi a subliniat condiţiile de atunci şi de acum ale cercetării ştiinţifice.

Prof. dr. Lautenschleger, în numele organizaţiilor I. G. Farben industrie şi Behringwerke anunţă că se va pune la dispoziţia savanţilor din lumea întreagă o fundaţiune specială închinată cercetărilor de terapie experimentală şi care va purta numele lui Emil von Behring şi pentru care înmână rectorului universităţii un majestos pergament.

D. Weindlich, gauleiter-ul regiunei a declarat că în Germania naţional-socialistă, sărbătorirea lui Behring este o manifestaţie expresivă a întreitei comunităţi ştiinţă, popor şi Stat şi că savanţii ca să creeze, trebue să gândească şi să trăiască în spiritul acestei comunităţi.

După încheierea şedinţei festive întreaga asistenţă s'a îndreptat spre centul oraşului la Biserica Sf. Elisabeta, patroana oraşului. Aici primarul oraşului, Scheller, a descoperit un baso-relief exprimând într'o sobrietate curat teutonică un monument lui Emil von Behring.

Sute de copii mici, în semn de recunoştinţă pentru că au fost salvaţi din ghiarele difteriei şi zeci de soldaţi germani în semn de recunoştinţă pentru că au fôst salvaţi de tetanos, au depus simbolic multe şi mici buchete de flori.

In zilele de 5 şi 6 Dec. 1940 s'au desfăşurat şedinţele Congresului ştiinţific.

Au prezentat rapoarte asupra imunităţii active şi pasive savanţii de renume modial: *Otto, Bieling, Schmidt, Bessau, Keinchmidt.*

Deasemenea a prezentat un raport asupra sulfamidelor, Profesorul *Domagk.*

Noi medicii români aproape pe toţi aceşti savanţi îi cunoaştem după nume şi după cercetări.

In special cunoaştem pe prof. dr. Domagk care pentru descoperirea sulfamidelor a primit premiul Nobel dar pe care pentru motive de mândrie naţională l-a refuzat.

Colegii noştri dr. Angelescu şi dr. Istrati vor face în revistele noastre de specialitate o dare de seamă asupra rapoartelor prezentate şi concluziunile ştiinţifice şi practice la care a ajuns acest congres medical.

La sfâşitul congresului s'a vizitat laboratoriile Behring adaptate pentru fabricaţia serurilor şi vaccinurilor.

Din clădirea cea veche n'a fost păstrată decât camera de lucru a lui Emil von Behring. Este o cameră mică, bogat şi delicat mobilată, cu o numeroasă bibliotecă în toate domeniile.

Pereţii poată fotografiile lui Pasteur, Napoleon şi Frederic cel Mare. Intr'un dulap sunt semnele şi costumele de baron cu care a fost onorat de Stat. Intr'un colţ arde o candelă deasupra unei icoane. Alături este un muzeu cu publicaţii în original ale lui Behring.

In sala cea mare de mâncare a laboranţilor, s'a servit un banchet si-au rulat două filme de documentare : unul asupra anginei difterice în viaţa de toate zilele şi altul demonstrând schematic formarea anticorpilor şi procesul imunităţii.

Congresul s'a încheiat cu o procesiune pioasă la mormântul lui Emil von Behring aşezat într'o capelă în mijlocul pădurii. Fiecare naţiune a depus în semn de recunoştinţă câte o jerbă de flori.

Simţămintele Corpului Medical românesc şi ale ştiinţei medicale româneşti au fost exprimate prin cuvintele rostite în congres de către d. prof. dr. Angelescu şi dr. Istrati.

La Marburg acolo unde a lucrat şi stă îngropat Emil von Behring, nu numai Germania ci întreaga omenire a sărbătorit geniul creiator al omului şi poporului care l'a născut.

Aici în Capitala României Legionare, nu sărbătorim, ci mărturisim recunoştinţa noastră şi plini de încredere ne legăm să păşim alături şi în ritm cu ştiinţa şi poporul german naţional-socialist.

Pentru noi români este o vrednică onoare, iar pentru Germania naţional socialistă se dovedeşte încă odată că nu numai pe linia politică dar şi pe linia culturii este un popor — fürer.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI
ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID
DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru rețeptură.

Mostre şi literatură trimite la cerere]

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice, şi dietetice, Bucureşti VI, str. Cazărmei 89.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. — **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel — Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum — Angină strepto-difterică — Pleurezie purulentă.

Stafilococie — Pneumococie — Meningococie
Colibaciloză — Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 — 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 — 12 ani:	3 — 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 — 5 ani:	1 — 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ — 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine u efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiu hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti III, Str. Mitr. Ghenadie Petrescu 77 Tel. 3.11.42

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, limfite, adenite.

Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură oxi-infecţioasă la copii şi adulţi nu este decât:

„LACTOFERMENTUL Dr. ROBIN"

Emulsie pură de fermen-lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute şi cronice la copii şi adulţi, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Doze: *Copii până la 3 ani o linguriţă la oră*
Copii dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
A dulţii 3—4 linguri înaintea meselor.

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

„NEDREPTAȚIȚII" ȘI „PERSECUTAȚII" VIEȚEI MEDICALE ROMÂNEȘTI

de Prof. Dr. P. TOMESCU

Privind de-aproape viața medicală românească, în vâltoarea căreia am trăit ultimii 22 de ani, ne-a impresionat întotdeauna un grup, relativ mare, de medici cu bună reputație și cu situații frumoase, cari s'au considerat și se consideră încă : «nedreptățiți» sau «persecutați».

Ceva mai mult, unul dintre ei, scrie într'o broșură recentă :

«Cred, că e timpul să înceteze persecuțiile alimentate de neștiință sau rea credință».

Prin urmare, la început de epocă nouă, ei pun chestiunea reparațiunilor ce li se cuvin și le revendică formal.

De aceia ținem să examinăm această situație, să vedem dacă au fost nedreptățiți și persecutați și întrucât trebue să fie astăzi recompensați.

Lărgind chestiunea care se pune, vom căuta să vedem dacă nu cumva sunt nedreptăți de reparat în altă parte decât acolo unde ele se formulează energic și intempestiv.

După războiul trecut, prin groaznicele pierderi pe cari corpul medical le suferise, prin mărirea țării și prin organizarea Facultății de medicină de la Cluj, toate elementele cu o valoare verificată sau cu o presupusă valoarea potențială, — au fost încadrate la posturi de conducere și de mare răspundere.

Locurile lor au fost ocupate de oamenii tineri din acea vreme, cari au găsit astfel, posibilități de lucru și de evoluție.

Prima generație medicală, care a luat conducerea imediat după război, a fost într'adevăr generația norocoasă întru cât a avut tripla șansă, de a scăpa din groasnicele pericole ale epopeei noastre naționale, de a vedea întregirea țării și de a găsi un câmp larg de activitate științifică și medicală.

A doua generație este formată din acei cari și-au făcut întreaga lor evoluție după război. Trebue să mărturisim că și această generație a avut posibilități mari de lucru și a îndeplinit o operă serioasă în medicina românească.

In raport cu împrejurările favorabile uneori, contradictorii în alte cazuri, oamenii din această generație au putut ocupa totuși, locuri de mare importanță în medicina românească.

A treia generație, este aceia care s'a desvoltat integral, în ultimul deceniu.

Aceasta este cu adevărat «*generația sacrificată*» cum a numit-o unul dintre cei mai distinși reprezentanți ai ei, într'un articol publicat în «România Medicală».

Ceia ce s'ar părea foarte curios, la prima vedere, este că nici un exponet al acestei generații nu pune chestiunea nedreptăților îndurate și nici a persecuțiilor suferite. Deși au existat.

Din potrivă, «nedreptățiți» și «persecutați» se socotesc cei din generația a II-a cari au avut toate posibilitățile și toate onorurile.

De aceia am considerat util să facem obiectiv și sincer, o punere la punct a situației.

«Nedreptatea» și «persecuția» de care se plâng atât de tare unii medici, nu poate avea decât o singură explicație: nu au ocupat o catredă universitară. Și nu au ocupat-o pentru că au fost «nedreptățiți» sau «persecutați». Aceasta este bineînțeles o apreciere personală, subiectivă și deci cu probabilitatea de a fi eronată.

Fără însă a intra în amănuntele chestiunei, care nu s'ar putea discuta decât de la caz la caz, o vom privi în ansamblul ei.

Toți «nedreptățiții» și «persecutații» generației de care ne ocupăm, au titluri importante, conduc servicii de specialitate în cele mai mari spitale ale țării, sunt membri ai Academiilor și Societăților științifice. Cei mai mulți dintre ei practică, în acelaș timp profesiunea medicală, care le a sigură pe lângă o bună reputație socială și o situație materială înfloritoare.

Ne miră cum acești oameni se pot considera «nedreptățiți» și «persecutați» de o societate care s'a dovedit față de ei nu numai binevoitoare dar chiar generoasă.

Ceva mai mult, socotesc această ieșire cu *imprudentă*, întru cât nedreptățiților imaginari li se poate opune o generație întreagă, nu numai nedreptățită în cazuri individuale, dar complect *neutilizată*.

In adevăr, în ultimul deceniu s'a desvoltat în medicina românească o pleiadă de oameni tineri plini de talent și de inițiativă cari au rămas în umbră, din cauza împrejurărilor.

Ei astăzi, dintr'o discreție care-i onorează, nu ridică chestiunea nedreptăților și nici aceia a persecuțiilor.

O ridicăm însă noi, așa cum am avut ocazia să o facem și în trecut.

Această problemă nu o putem pune din punct de vedere individual, așa cum eronat o pun alții pentru ei, ci numai din punctul de vedere al intereselor generale ale vieței medicale românești.

Evoluția normală a culturei, a științei și a artei medicale, este asigurată prin aportul pe care elementele cele mai dotate ale fiecărei generații, îl aduc patrimoniului comun.

De aceia acești oameni trebue puși în condițiuni optime de lucru pentru ca personalitatea lor să poată ajunge la o complectă desvoltare și pentru ca randamentul lor să fie maxim.

Ținem să recunoaștem că, cel puțin în medicină, aceasta nu s'a făcut decât parțial și incomplect, în ultimii 10 ani.

Prin modificările legei învățământului universitar din 1932 s'a desființat unele instituțiuni utile cum era Docența, înlocuindu-se formal cu Agregația temporară, — care nu s'a creiat nici până azi.

Rămânea o singură posibilitate de evoluție a tinerilor de valoare : numirea la o catedră universitară, dacă bineînțeles, devenea liberă. Legea din 1938, a distrus și această perspectivă, înlăturând cu o ură preconcepută sau cu o ignorare condamnabilă a situației, pe toți tinerii de valoare, cărora li s'a luat dreptul de a candida la un loc vacant de profesor.

Dacă aceste norme de recrutare ar fi rămas mult timp în vigoare, sunt sigur că ar fi avut o influență nenorocită asupra învățământului și științei noastre medicale.

Din fericire însă, — s'au schimbat.

Privind problema din punct de vedere general și absolut obiectiv, credem că în primul rând, s'au lezat interesele științei medicale românești prin incomplecta utilizare a oamenilor de valoare din generația ajunsă la maturitate în ultimul deceniu.

Ei sunt singurii nedreptățiți. Către ei trebue să meargă toate speranțele de progres ale medicinei românești.

Ceilalți au avut toate posibilitățile de lucru și prin pozițiile oficiale și independente ce dețin în ierarhia medicală și universitară, — pot continua activitatea lor.

De aceia credem că orice revendicare este nu numai inutilă și inestetică, dar chiar imprudentă.

Oamenii de valoare din generația mai tânără, deși au lucrat în condițiuni extrem de grele, au putut să dovedească însușiri deosebite și să desvolte o activitate științifică plină de promisiuni.

Ei trebuesc chemați la locurile de conducere, în care vor aduce pe lângă elanul unei relative tinereți și experiența celor 10 ani de muncă științifică pe care marea lor majoritate au desvoltat-o în clinici și laboratoare.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Concurs de medici secundari la Spitalul Brâncovenesc

Se aduce la cunoştinţa generală că pentru ocuparea a 2 (două) locuri de Medici Secundari, specialitatea Medicină Internă, se va ţine concurs cu începere dela 1 Martie 1941.

Registrul de înscrierea Domnilor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţionare în clalitate de medic secundar, se găsesc spre înscriere şi consultare în toate zilele de lucru la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9—12.

Inscrierile conform Regulamentului se pot face numai până în ziua de 18 Februarie 1941, ora 12.

Posturi vacante de medici la Ministerul Sănătăţii

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a dat publicităţii următoarele posturi vacante de medici:

Ispector general sanitar Iaşi.

Medic primar al jud. Dâmboviţa.

Medic primar al jud. Răduţi.

Medic primar genito-urinare Spit. «Gh. Mârzescu». Braşov.

Medic şef de port principal Sulina.

Medic port Giurgiu.

Medic circ. urbană Bucureşti, Centrul IV sănătate.

Medic primar interne, spitalul Beiuş.

Medic de laborator şi radiologie. Sanatorul T. B. C., Mangalia.

Medic şef de laborator spitalul Caritatea Gălăţeană-Galaţi.

Medic de laborator, Municipiul Constanţa.

Medic primar, Maternitatea spit. Câmpulung-Moldova.

Medic primar chirurg spit. Moldova Nouă. jud. Caraş.

Medic de dispensar Jara de Jos-Turda.

Medic primar contagioşi, spit. Târgovişte.

Medic radiolog spitalul Tg.-Jiu.

Medic şef de laborator, Institutul de igienă Iaşi.

Medic de laborator, Institutul de igienă Iaşi.

Medic şef. laborator, Institutul de puericultură Iaşi.

Medic de ambulator (medic primar). Disp. copiii «Ana Conta Kerenbach» Iaşi.

Medic şef de laborator. Institutul antirabic Iaşi.

Medic primar psihiatru spitalul «Manta Roşie». Iaşi.

Medic dispensar, Poeni-Plasa model Tomeşti- Iaşi.

Medic primar puericultor, disp. policlnic judeţean Ilfov, cu sediul la Olteniţa.

Medic primar antiveneric. disp. policlinic judeţean Ilfov.

Medic primar de laborator, spitalul «Creţulescu», Câmpulung-Muscel.

Medic primar radiolog, spitalul Piatra- Neamţ.

Medic radiolog sanatoriul T. B. C., Bisericani-Neamţ.

Director administrativ şi medical sanatoriul T. B. C. Bisericeni-Neamţ.

Medic primar radiolog, spitalul Slatina.

Medic primar interne, spitalul Rădăuţi.

Medic şef de laborator, Pelagroazeria Păncesti Dragomireşti-Roman.

Medic primar contagioşi, spitalul Caracal.

Medic primar radiolog, spitalul Lugoj.

Medic primar O. R. L., dispensarul policlinic Sibiu.

Medic primar interne, spitalul Suceava.

Medic primar interne, spitalul Tulcea.

Medic de dispensar, dispensarul policlinic Timişoara.

Medic primar-ochi, spitalul Râmnicul Vâlcea.

Medic şef de laboator laboratorul de igenă Giurgiu.

Medic şef de laborator, spiatalul «Grecescu» din T. Severin.

Medic asistent, spitalul Diciósânmartin.

Medic primar, Serviciul V. endocrinologic, instit. superior de sănătate şi spit. Central Bucureşti.

Medic primar puericultură, spitalul Sibiu.

Judeţul Argeş: Circ. Budeşti. Isvorul de sus, Rocju. Scheiu, Stoiceni, Uda de sus, Albota Galicea, Drăgan, medic igienist de plasă la judeţul Argeş.

Judeţul Alba: Circ. Bucium. Mogoş. Intregalde, Meteş, Pianul de sus. Sohodol.

Judeţul Arad: Circ. Hălmăcelu, Tăuţi, Vârfurile Juliţa.

Judeţul Botoşani: Circ. Gorbăneşti. Tudora, Albeşti, Bălueşeni, spit. cu circ Coşula, spit. cu circ. Fântânelor.

Judeţul Brăila : Circ. Insurăţei, Latinu Stăncuţa, Gropeni, Sutesti, Bordeni-Verde, Ciocile.

Judeţul Buzău : Circ. Brăeşti, Glodeanu, Largu, Carageale, Smeeni.

Circ. Tohani, Cozieni, Gura Teghi, Tisău, Năeni, Greceanca, Grădiştea, Tăbărăşti, Meleleu Padina, Cioranca.

Judeţul Bacău : Circ. Tamaş, Băseşti, Horgeşt, Teţcani.

Judeţul Bia : Circ. Dolhasca, Boroaia, Miroslăveşti, Baia, Drăgăşeni, spit. cu circ. Ciumuleşti, spit. cu circ Slatina din Mălin.

Judeţul Constanţa : Circ. Cobadin, Băneasa, Corbul, Crucea, Pantelimon, Raşova, Sarai, Tortoman, Topalu Independenţa, Nisipari, Lipniţa, Hârşova, Baia, Cotu, Văii, Ion Corvin Ovidiu, spitalul Ploeni.

Judeţul Covurlui, Circ, Băleni, Tudor Vladimirescu.

D-nii medici, care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri ministerului Munci, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale. până la 30 Ianuarie.

Au dreptul să facă cereri de transferare conform deciziunii ministeriale cu Nr. 85.658 din 31 Octombrie 1940, medicii care au stat în postul de unde cer transferarea cel puţin un an.

† Profesor VITTORIO PUTTI

La începutul lunei Noembrie a. c. a încetat din viaţă în locuinţa din Str. Panoramica la Bologna marele ortopedist Profesorul *Vittorio Putti.*

Născut la 1 Martie 1880 la Bologna şi-a luat doctoratul fiind laureat al Facultăţei de Medicină în 1903, iar în 1910 şi-a trecut examenul de docenţă în clinica ortopedică. Elev al celebrului chirurg Alessandru Codivilla îi urmează la direcţia Institutului Rizzoli

Profesorul Putti s'a remarcat printr'o activitate ştiinţifică prodigioasă apreciată nu numai în Europa ci şi în America.

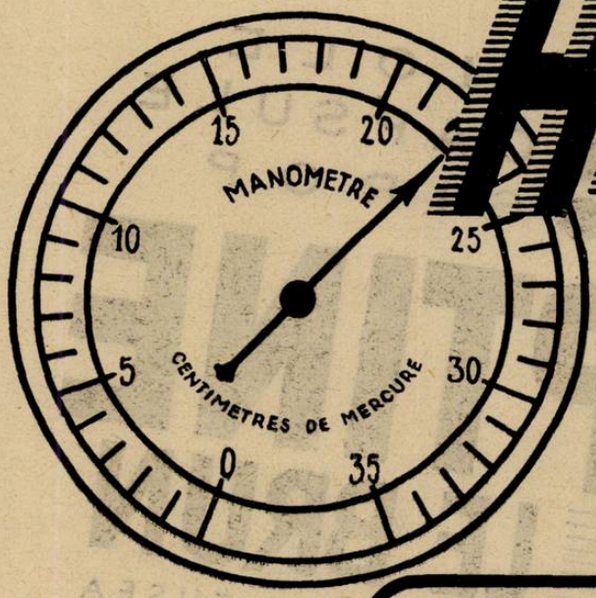
Ilustrul chirurg prin meritele sale a fost ales membru la mai multe academii şi societăţii ştiinţifice. Astfel era Profesor onorar al Universităţii din Montivideo, membru al Academiei de Medicină dn New York, Paris, al Societăţei de Chirurgie din Buenos Aires, al Societăţei Medicale din San Paolo Beavilia, era membru al Societăţei de Chirurgie din Bucureşti.

Printre numeroasele lucrări ştiinţifice citâm : L'Anatomia della Lussazione congenta dell'anca, Lomboartrita e Sciatica vertebrale, Per i fratturari in pace e in guerra. Cura operatoria della fratture del collo del femore, etc.

In 1936 Profesorul Putti a prezidat Congresul Internaţianal de Chirurgie ortopedică şi traumatologie la Bologna şi Roma.

Italia pierde un mare învăţat, iar chirurgia ortopedică pierde un maestru neîntrecut.

Dr. PETRE TOPA



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

IN TUSEA CONVULSIVĂ
IN ASTMUL CRONIC
IN EMFIZEM

● FIOLE
● CAPSULE
● SIROP

EUCALYPTINE LE BRUN

CALMEAZĂ TUSEA
DĂ BOLNAVILOR O
SENZAȚIE IMEDIATĂ DE
BUNĂ DISPOZIȚIE

LABORATOIRES LE BRUN, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e)

PROFILAXIE DE POST-PARTUM ȘI A URMĂRILOR OPERATORII

MICTASOL BLEU

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Albastru de metilen . 0 gr. 02
Camfora monobromata 0 gr. 02
pentru un comprimat

MICTAZINE

Para-Amino-Fenil-Sulfamid . 0 gr. 30
Malva purpurea . . . . . 0 gr. 15
Bromură de camforă . . . . 0 gr. 02
pentru un comprimat.

MICTASOL

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Hexamethilen tetramin 0 gr. 05
Camfora monobromata 0 gr. 02
6 la 9 comprimate pe zi

MICTASOL SUPOZITORII

Malva purpurea . . . 0 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 25
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Stovaină . . . . . 0 gr. 01
1 până la 3 pe zi

MICTASOVULE

(Ovule cu Mictasol)
Malva purpurea . . . 1 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 50
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Glicerină solidificată Q. S. pentru un ovul. 1 până la 2 pe zi

LABORATOIRES DU MICTASOL, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE:

DEPOZIT PERMANENT
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

PREPARATE NOI

AMBESID

TABLETE

(0,40 gr. aminobenzolsulfamidă)

*

AMBESID

SOLUBIL

(sulfamidă succinanilidă sodică)

Tablete şi injecţii a 2 şi 5 cc.

Indicat în infecţiunile cu streptococi, meningococi, stafilococi şi gonococi.

VITAMINA A+D

XEROSTERIN

Picături: (1 cc. = 30.000 U vitamina A şi 10.000 U vitamina D)

Tablete: (1 = 3000 U vitamina A şi 1000 U vitamina D)

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop:
- Copii mici: 2—4 linguriţe în 24 ore.
- Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
- Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate:
- Adulţi: 5—8 în 24 ore.
- Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

N E A L G Y L

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

N E O L

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Vaginite — Metrite — Leucoree — Toaletă intimă.

N E O L I D E S

(Generatoare de oxigen şi ozon)

Comprimate: Desinfectante, cicatrizante, dezodorizante.

1—2 Neolides pentru o spălătură vaginală.

Metrite — Afecţiuni vaginale — Leucoree — Ulceraţiunile colului.

O V U N É O L

Ovule pe bază de Neol — Acid lactic şi glicerină.

Nu pătează. 1 ovulă seara la culcare.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX. No. 3 — 10 Lei Exemplarul — 1 Februarie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Braşcu S., Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu Mircea, Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu-Severin, Popescu Şt., Rădulescu N., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNEA" 918

SUMARUL:

Pagina

Apelul D-lui Prof. Dr. P. TOMESCU *Ministrul sănătăţei publice către medicii români* 25

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. GH. TUDORANU: *Cele trei faze ale digestiei stomacale. (Cealică, gastrică şi intestinală)* . 26

Dr. AL. VASILESCU şi CONSTANTIN DANIEL: *Asupra două cazuri de psihoze produse de sulfamide* . 28

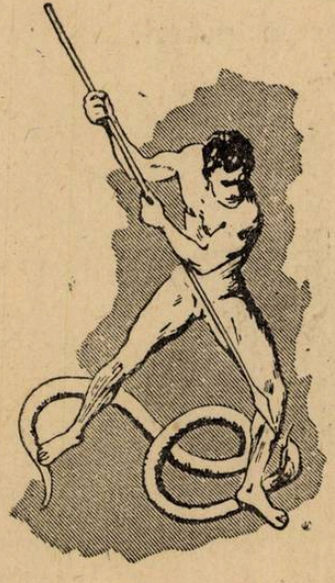
Conf. Dr. L. DANIELLO şi Dr. N. BUMBACESCU: *Tratamentul cavernelor tuberculoase prin metoda drenajului aspirator transparietal a lui Monaldi* 30

Docent Dr. GRIGORESCU: *Dolantin în terapeutica durerii* 27

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noul Ministru al Sănătăţei publice; Nouii Secretari generali ai Ministerului Sănătăţei; Salarizarea medicilor şi personalului auxiliar; Hotărârile Ministerului Sănătăţei asupra eliberărei reţetelor medicale; Materialele medicale pentru Clinici şi Eforii; Dispoziţii pentru Laboratoarele de analize; Noul comitet al Societăţei de Gynecologie; Moartea Profesorului Dr. Curt Adam 36

Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul
BLENORAGIEI



ULIRON

Preparatul chimioterapeutic, pentru tratamentul pe cale bucală.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

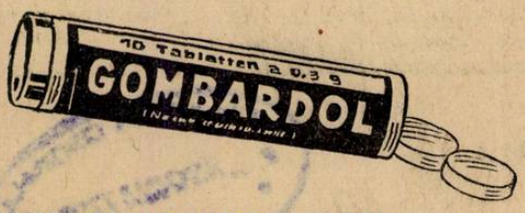
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

GOMBARDOL

PARA-AMINO-BENZEN-SULFONAMID

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE



TUBURI CU 10 ȘI 20 TABLETE

PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ IN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE, STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

In tratamentul constipației

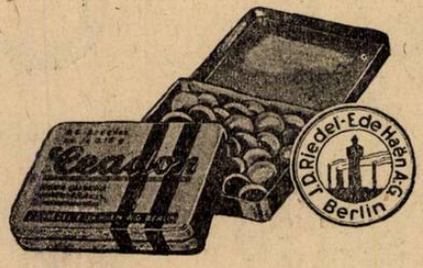
Se poate evita obișnuința și iritația mucoasei nu prin simpla administrare a unui laxativ, ci readucând intestinul pe cale fiziologică la o funcționare normală prin propriile sale puteri.

Pentru acest scop servește

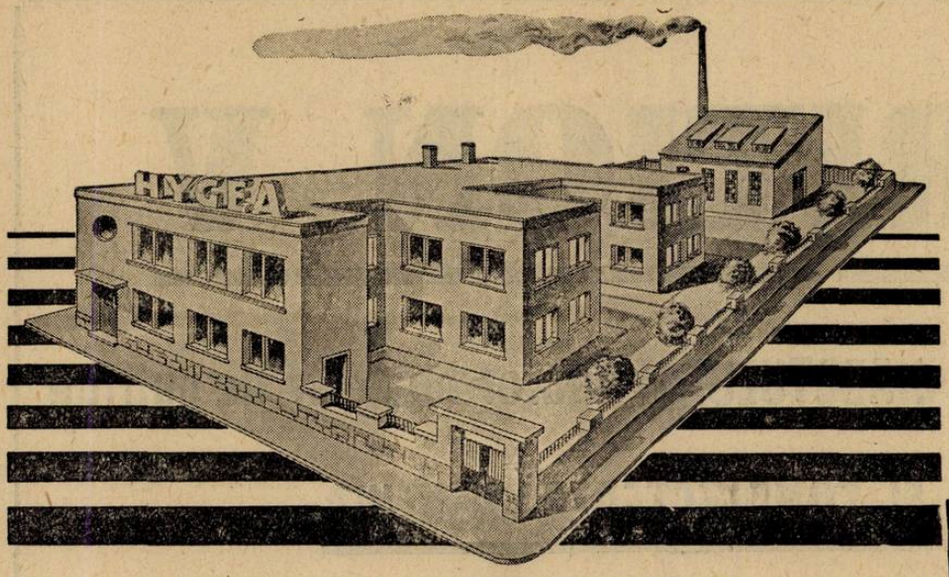
CEADON

Regulator al digestiei

Cutii cu 30 dragele
Cutii cu 60 dragele



Reprezentant pentru România: Rudolf Forek
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6



BRONCHOTIOFAN

SIROP

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFF. NATR. BENZ.
SENEGA
ACONIT

BOLILE CĂILOR RESPIRATORII
(Bronşite, Chathar, Pneumonie, Influenţă gripală, Trancheită, Laringită)

IPECODAL

TABLETE

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO SAL

BOLILE CATARALE ALE CĂILOR RESPIRATORII
(Angină pectorală, Tuse, Laringită)

SULFAZOL

TABLETE

0.20 CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO - CHRISOIDINĂ
0,10 p- AMINOBENZEN-SULFAMIDĂ.

SEPTICEMII
Preventiv în infecţiunile puerperale, boli infecţioase

HYGEA

HYGEA S. A. R., Cluj
BUCUREŞTI
plaiul Uniri i, 127
TELEFON 4.22.44

NUTRITION V

Medicamentul specific al DIABETULUI şi tuturor boalelor de nutriţie

INLOCUEŞTE ŞI COMPLECTEAZA INSULINA

6—8 TABLETE PE ZI.

Literatură şi mostre medicale:

AGENŢIA ROMÂNĂ FRANCEZĂ

Str. Sf. Apostoli 37/1. Tel. 357/87

Bucureşti I.

In receptura zilnică contra insomniei
se prescrie

Phanodorm

Somniferul universal

După somn reconfortant redeşteptare
cu senzaţie de vioiciune

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablete de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R. — Bucureşti I
Str. Brezoianu 53, Tel. 3.9285 şi 3.9286

„CHIMIROMAN"
Bucureşti I, Str. Th. G. Masaryk 32.

Anul XIX No. 3 10 Lei Exemplarul 1 Febuarie 4191

ROMÂNIA MEDICALĂ

Apelul D-lui Profesor Dr. P. Tomescu Ministrul Sănătăţei publice, — către medicii români

IUBIŢI COLEGI,

Luând conducerea Ministerului Sănătăţei, primul meu gând merge către medicii de toate gradele cari, cu abnegaţiune şi devotament, îşi îndeplinesc nobila lor misune pe tot întinsul ţărei.

A spune că am cea mai mare încredere în capacitatea profesională şi spiritul de înalt idealism al medicilor români, ar însemna să repet idei pe care de aproape 20 de ani le susţin prin coloanele acestei reviste.

A vă aduce elogii pentru sentimetele D-voastră patriotice, pe care le-aţi dovedit în războaie şi în lupte tot atât de grele cu epidemiile, ar însemna să repet un adevăr elementar, pe care toată lumea îl cunoaşte.

Ceia ce cred totuşi potrivit este să subliniez în acest moment şi din locul pe care îl ocup, înalta valoare profesională şi deosebita ţinută morală, pe care imensa majoritate a medicilor români le-au avut întotdeauna.

Cu toate aceste însuşiri alese ale corpului medical românesc, trebue să mărturisim că nu avem încă o perfectă organizare sanitară a ţărei.

Uneori au lipsit concepţiile cele mai potrivite, alte ori mijloacele materiale, astfel că armamentul sanitar al ţărei este încă incomplect.

Un mare efort este necesar în această direcţie şi sunt convins că el va fi făcut cândva.

Trebue însă să mărturisim că, în epoca de război pe care o traversăm, nu este oportună formularea unor programe reformatoare, întru cât realizarea lor nu este posibilă acum.

De aceia, suntem obligaţi să ne mulţumim, pentru moment, cu preocupări mai modeste dar esenţiale pentru bunul mers al sănătăţei publice.

Chestiunea pe care o punem la baza activităţei noastre la Ministerul Sănătăţii este de a face toate eforturile pentru ca actualul aparat sanitar al Statului, să funcţioneze în condiţiuni cât mai bune.

Intre noi putem recunoaşte, cu sinceritate, că organizarea noastră sanitară, cu toate imperfecţiunile ei actuale, ar avea un mai mare randament, dacă ar fi asigurată o functionare inpecabilă a tuturor serviciilor.

De aceia munca noastră trebue îndreptată imediat, — în acest scop.

Fac un apel călduros, tuturor colegilor mei, rugându-i să pună în serviciul ce îndeplinesc, tot entuziasmul lor creator şi toată munca lor devotată.

Iniţiativa locală, a medicului şi autorităţilor administrative, trebue să suplinească toate carenţele noastre de ordin material.

Sunt sigur că prin stăruinţa medicilor, se poate câştiga interesul conducătorilor locali, ca şi al publicului, pentru opera sanitară destinată ameliorărei condiţiilor de viaţă ale colectivităţilor.

De aceia rog pe toţi medicii să atragă în lupta pentru sănătate, publicul şi autorităţile locale, pentru a se asigura astfel, un randament sporit tuturor instituţiilor sanitare ale statului.

Activitatea noastră a tuturor, atât la centru cât şi la periferie, va fi desfăşurată în spiritul de românizare a profesiunei medicale, realizat prin legile promulgate în ultimele cinci luni.

In acest domeniu, s'a creat un spirit nou, pe care înţelegem să-l continuăm şi să-l dezvoltăm.

Punctul de vedere realist, în ceia ce priveşte programul de lucru imediat, nu înlătură obligaţia ce avem, de a asigura prin măsuri serioase, — înfăptuirile de mai târziu.

Este adevărat că în vremuri de pace, având fonduri importante la dispoziţie, se pot creia instituţii sanitare, se pot procura materiale, se pot construi aşezăminte.

Va fi însă cu mult mai greu să preparăm, în timp scurt, medicii-specialişti, în diferite ramuri de activitate medicală, cari vor trebui să conducă şi să însufleţească nouile instituţii.

De aceia, oricât de vitrege sunt timpurile, trebue să ne gândim de pe acum, la prepararea speciaiştilor de cari vom avea nevoe peste 4—5 ani.

Pentru a răspunde acestor nevoi de viitor, Ministerul Sănătăţei va studia problema şi se va ocupa serios de îndrumarea elitelor medicale din generaţiile tinere, către specialităţile cari sunt mai necesare pentru viitoarea organizare sanitară a ţărei.

In primul rând, medicina preventivă va cere o pleiadă de medici a căror pregătire trebue începută imediat.

In ceia ce priveşte medicina curativă, socotesc absolut necesar ca foştii interni cu concurs, ai spitalelor, să fie stimulaţi şi ajutaţi pentru o temeinică pregătire, căutând să punem de acord preferinţele şi talentul lor, cu nevoile Statului.

Cu aceste idei generale, ţin să asigur pe colegii mei — medici de tote categoriile şi de toate vârstele nu numai de stima şi de simpatia mea de totdeauna, — dar şi de încrederea ce o am în capacitatea şi în marile lor posibilităţi de realizare.

Prof. Dr. P. TOMESCU

CELE TREI FAZE ALE DIGESTIEI STOMACALE

(Cefalică, gastrică și intestinală

de Prof. Dr. Gh. TUDORANU

Până acum câțiva ani, digestia stomacală se reducea la o așa zisă fază psihică, bine studiată de *Pavlov* și școala lui și la faza gastrică sau chimică.

Cercetările din ultimii ani au arătat că, în afară de aceste două faze, mai există și faza intestinală, care exercită o influență deosebită asupra secreției și motilității stomacale.

Intrucât școala românească a adus o contribuție însemnată la studiul acestor trei faze, am crezut necesar să fac un scurt rezumat asupra lucrărilor care au mai mare legătură cu clinica.

1 *Faza cefalică.* Deși *Bidder și Schmidt* au pus în evidență, încă din 1852, secreția psihică a digestiei, totuși prânzul psihic se leagă de numele lui Pavlov și a școalei lui.

Cercetările recente ale lui *Ivy, Lim* și *Mc Carthy* au găsit așa zisa secreție psihică și la câinii decerebrați, așa încât astăzi se preferă expresia de fază cefalică celei de fază psihică.

Nu vom mai insista asupra elementului secretor din această fază, ca fiind prea bine cunoscut, ci vom menționa numai elementul motor. Prof. *Danielopol* a fost cel dintâi care a studiat motilitatea stomacală, în timpul digestiei cefalice, cu ajutorul metodei viscerografice și a găsit o mărire a contracțiilor stomacale în cursul acestei digestii. Cercetările noastre confirmă pe acelea ale prof. *Danielopol,* în privința persoanelor cu stomac hypokinetic ; însă arată o inhibiție a mișcărilor stomacale la persoanele cu stomac hyperkinetic.

2. *Faza gastrică* (chimică), deși încă necomplect elucidată, a fost totuși cea mai bine, studiată. A. Sunt bine cunuoscute alimentele, medicamentele și apele minerale care măresc sau micșorează aciditatea stomacală, cu indicatiuni pentru afecțiunile cu hipoaciditate sau hiperaciditate.

In timpul din urmă s'au făcut cercetări asupra vitaminelor, cu acțiune deosebită asupra secreției stomacale : Astfel vitamina A și C măresc aciditatea stomacală, iar vitamina B o micșorează *(Tudoranu* și *Munteanu).*

B. In privința motilității stomacale, controlată prin metoda viscerografică a lui *Danielopol,* metodă superioară celei radiologice, cercetările noastre, făcute împreună cu Dr. *C. Dumitriu* și colaboratorii noștri, au arătat că există substanțe care măresc contracțiile de foame ale stomacului, cum sunt : clorura de sodiu, bulionul, peptona, extractul de spanac, cafeaua, vitamina A și B, apa de Slănic, isvorul Nr. 3, tinctura de Gențiana, Tra. de Condurango, Tra amară, Tra de nucă vomică, acidul nicotinic și histamina, și există substanțe care micșorează contracțiile de foame ale stomacului, cum sunt : glucoza, glicerina, apa, alcoolul și Tra Quassia.

Cercetările noastre, pe lângă interesul teoretic, au și o parte practică. Ele lasă să se întrevadă posibilitatea de a întrebuința, la bolnavii hipokinetici, substanțe care măresc puterea de contracție a stomacului ; iar la bolnavii hiperkinetici anumite substanțe care micșorează amplitudinea și frecvența mișcărilor stomacale.

Orice bolnav va trebui deci să fie studiat, din punct de vedere secretor și motor și numai după ce vom cunoaște tipul de secreție și motilitate stomacală, îi vom indica regimul alimentar, medicația și apele minerale, în legătură cu secreția și motilitatea.

3. *Faza intestinală a digestiei stomacale.*

A. Primele cercetări s'au făcut asupra secreției stomacale, la animale. Incă din 1900, *Leconte* găsise că, dacă se introduce carne direct în duoden, se obține o mărire a secreției stomacale.

Mai târziu au fost studiate o serie de substanțe : acidul clorhidric, alcoolul etilic, glicerina, extractul de spanac, peptona, etc. cu acțiune diferită asupra secreției stomacale.

Intrucât rezultatele erau discordante și toate experiențele erau executate asupra câinelui, ne-am propus a relua experiențele la om.

Cercetările făcute împreună cu Dr. *C. Dimitriu* și colaboratorii noștri, ni-au arătat că există substanțe care, introduse în duoden, măresc secreția stomacului, precum : apa distilată, extractul de spanac, alcoolul etilic, peptona, glicerina, histamina și sulfatul de magneziu ; pe când alte substanțe, introduse în duoden, micșorează secreția stomacală : bulionul, glucoza, untdelemnul, bicarbonatul de sodiu, apa de Slănic Nr. 3 și clorura de sodiu.

Experiențele, pe lângă importanța lor teoretică, care arată influența retrogradă a absorbției duodenale asupra secreției stomacale, au și o importanță deosebită pentru clinică.

In tratamentul ulcerului de stomac și de duoden, s'a încercat o alimentație duodenală, prin sonda lui *Einhorn,* cu alimente ușor de digerat : a) în cazurile de ulcer cu obstrucție pilorică, înainte de operație, având ca rezultat diminuarea edemului stomacal *(Graham),* sau b) în cazurile de ulcer de stomac care, urmărite radiologic, permit a continua acest tratament, dacă ulcerul se cicatrizează și a recurge la actul operator, dacă ulcerul n'are tendința de vindecare *(Cleaver).*

Graham preconizează ca alimentație duodenală : smântâna, vitavoza, laptele, zeama de portocală, extractul de ficat și drojdia de bere.

Cunoscând rolul incontestabil, pe care-l are hiperaciditatea în întreținerea ulcerului de stomac, noi am adăugat regimului de mai sus și alte substanțe alimentare, precum : bulionul, zahărul, și untdelemnul, care, pe lângă valoarea lor nutritivă, sunt capabile a inhiba secreția stomacală.

B. *Faza intestinală a motilității stomacale.* Incă din 1916 Carlson a arătat că untdelemnul, injectat duodenal, inhibează contracțiile de foame ale stomacului.

In 1933, *Ivy* și *Lim* au demonstrat că acțiunea inhibitoare a untdelemnului se datorează unui hormon secretat de intestin, pe care l-au numit «Enterogastrone».

Cercetările noastre, făcute împreună cu Dr. *C. Dimitriu* și alți colaboratori, au arătat că untdelemnul nu e singura substanță, care, introdusă duodenal, inhibează mișcările stomacului și că mai există și alte substanțe cu aceeași acțiune, precum : glucoza, bulionul, apa distilată, extractul de spanac, peptona, glicerina și sulfatul de magneziu ; după cum există substanțe care măresc contracțiile și tonusul stomacal, cum sunt : alcoolul etilic, acidul carbonic, apa de Slănic Nr. 3, precum și vitaminele A, B, C și D.

In privința modului de acțiune a substanțelor, introduse în duoden, a supra motilității stomacului, în stadiul actual al cunoștințelor noastre, nu se poate preciza dacă e vorba de o acțiune hormonică, cum afirmă *Ivy* și *Lim,* sau dacă este vorba de un mecanism pur nervos, pentru care ar pleda rapiditatea de acțiune.

Dacă cercetările de față au deschis un nou orizont, în privința fazei intestinale a motilității stomacale, ele ar putea da loc la alte experiențe în domeniul terapeuticii, în privința tulburărilor de kinezie stomacală.

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tusă

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro dosi ¼—½ din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.,

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

Refacerea terenului

înainte şi după

MALADIILE INFECŢIOASE

INTOXICAŢIUNILE

la toţi astenicii

VITASCORBOL

Acid ℓ-ascorbic
(Vitamina C)

VITAMINA REFACERILOR CELULARE

CALE BUCALĂ :

COMPRIMATE dozate la 0,05 g. *(tuburi cu 20)*

CALE INTRAVENOASĂ ŞI PARENTERALĂ :

SOLUŢIE de 5 % (fiole de 1 şi 2 cc) *cutii cu 10*
SOLUŢIE de 10 % (fiole de 5 cc.) *cutii cu 3*

POSOLOGIE :

CALE BUCALĂ : COPII : 1 la 2 comprimate *pro die*
ADULŢI : 2 la 4 comprimate *pro die*

CALE PARENTERALĂ : 0,10 g. la 0,50 g. *pro die*

●

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE - **specia** - MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (VIIIe)

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Adaos. *Influenţa absorbţiei rectale asupra secreţiei şi motilităţii stomacale.* Deşi faza intestinală se referă nu mai la absorbţia efectuată la nivelul duodenului, totuşi, în legătură cu acest capitol, menţionăm absorbţia rectală, având în vedere importanţa ei terapeutică din clinică.

Intr'o serie de cercetări, împreună cu colaboratorii noştri, ne-am ocupat de inflenţa absorbţiei rectale asupra secreţiei stomacale şi am găsit că există substanţe (untdelemnul) care, neabsorbindu-se la nivelul mucoasei rectale, nu exercită nici-o influenţă asupra secreţiei stomacale dar că excită substanţe care se absorb şi excită secreţia stomacală (clorura de sodiu, bulionul, sulfatul de magneziu), după cum există substanţe care deprimă secreţia stomacală (glucoza).

Credem că rezultatul acestor cercetări are o importanţă practică deosebită, întrucât sugeră câteva reflexiuni asupra terapiei rectale.

Este bine cunoscută întrebuinţarea clismelor de ser fiziologic în tratamentul ulcerului de stomac (fie pentru tratamentulul ulcerului de stomac, fie pentru tratamentul hematemezei, fie ca un tratament pre şi post operator). Ori, întrucât din cercetările noastre rezulta o mărire a aciditătii stomacale, în urma clismelor de ser, şi aceasta nu e fără consecinţe asupra evoluţiei ulcerului, credem că e preferabil să se înlocuiască serul fiziologic prin serul glucozat, care pune stomacul într'un repaos secretor.

Adăugăm că glucoza, ca şi mai toate substanţele întrebuinţate pe cale rectală, inhibează şi contracţiile de foame ale stomacului, aşa încât întrebuinţarea ei în ulcerul de stomac este îndreptăţită, având o bază fiziologică (glucoza este un aliment ideal) şi patogenică (glucoza inhibează atât secreţia cât şi motilitatea stomacală, recunoscute ca având un rol important în patogenia ulcerului). Am putea deci spune că, pentru ulcerul de stomac, glucoza este un aliment şi un medicament, care ar putea sta alături de prafurile alcaline, aşa de utile, când sunt întrebuinţate cu chibzuială.

Din rândurile de mai sus rezultă că în digestia stomacală eristă trei faze: *cefalică, gastrică şi intestinală.* Studiul lor amănunţit în privinţa secreţiei şi a motilităţii stomacale, controlată prin metoda viscerografică, mai precisă decât metoda radiologică, este de o importanţă deosebită, atât din punct de vedere teoretic, cât mai ales din punct de vedere practic, oferindune noi orizonturi în domeniul fiziopatologiei digestive.

Dolantin în terapeutica durerii

Docent Dr. GRIGORESCU
Medic Primar al Policl. Spitalul Brâncovenesc
Asistent al clin. neurol. Spitalul Colentina

Capitolul «durere» rămâne încă deschis din punct de vedere patogenic şi în special terapeutic. Sigur, idealul este a ataca durerea etiologic, adică a o stârpi din rădăcină, însă de cele mai multe ori trebue să eliminăm întâi prin orice mijloc sindromul «durere» rămânând a-i găsi în urmă cauza, plecând dela premisa certă că «idopatie» este egal cu ignoranţa noastră.

Astfel au apărut numeroasele analgetice, în general prea des şi fără rost întrebuinţate de pacient, după propria-i judecată, fapt care pune pe medic în mare încurcătură atunci, când e chemat să suprime o «durere» care n'a cedat la toate aceste obişnuite «prafuri». Salvarea este în mult binefăcătoarea morfină sau derivatele ei, cu efect prompt şi sigur, cu riscul a produce însă cea mai oribilă toxicomanie. Pentru a umple această lacună, s'a căutat un analgetic similar morfinei ca putere terapeutică dar fără efecte tardive desastruoase. Preparatul sintetic al uzinelor «Bayer», «Dolantin» umple şi acest gol în terapeutica durerii. Acţiunea sa farmacologică este analgetică şi spasmolitică. Cea analgetică e pură, fără efect narcotic poate chiar uşor excitantă, iar acţiunea spasmolitică se resfrânge prin trei factori. Unul de paralizant al vagului, al doilea inhibitor al spasmului muschiular foarte apropiat de acţiunea papaverinei şi în sfârşit un factor diuretic prin acţiunea asupra vaselor renale.

Am întrebuinţat Dolantin într'un număr de circa 40 cazuri cu diferite afecţiuni. L'am întrebuinţat între altele în migrenă — afecţiune a cărei patogenie e încă mult discutată. Efectele au fost extrem de favorabile în 4 cazuri, încetând complect durerea după 10—15 minute dela injecţia de Dolantin — intramuscular. Lucru constant şi poate paradoxal în 3 din cazuri a avut şi o acţiune uşor narcotică probabil secundară eliminării cefaleei istovitoare a migrenei. Intr'o serie de cazuri de dureri fulgurante tabetice în care clasicul Pyramidon nu a putut avea efect, Dolantin a fost suveran, dând posibilitatea pacientului să se odihnească.

Cefalgiile din cursul hipertoniei arteriale cari au la bază spasmele vasculare şi probabil o hipertensiune intracraniană, sunt indicate în special pentru întrebuinţarea Dolantin-ului întrucât toate celelalte antinevralgice au bază de medicamente în discordanţă cu hipertensiunea. In astfel de cazuri şi mai cu seamă am avut ocazia se văd cefaleea din cursul hipertensiunei craniene, unde Dolantin-ul mi-a adus cele mai frumoase rezultate.

In nevralgii — în special în nevralgie sciatică — a căror etiologie este atât de diferită, uneori dacă reuşim să reducem durerea aproape vindecăm afecţiunea — Dolantin făcut câteva zile la rând, aduce pot spune, nu numai o suprimare temporală a durerii ci chiar o vindecare a bolii. Trebue să adaug că în prelungirea injecţiilor am prescris Dolantin tablete sau supozitoare pentru câtva timp.

Accidental am avut ocazia că prescriu Dolantin în crize hepatice a căror răsunet asupra sistemului nervos e bine cunoscut — şi am putut obţine odată cu vindecarea durerilor şi o calmare generală fără nici un efect secundar afară de uşoară uscăciune a gurii.

Intr'un cuvânt, terapeutica durerii îşi găseşte în «Dolantin» un medicament suprem — atât prin acţiunea lui rapid analgetică, cât mai cu seamă prin lipsa fenomenelor supărătoare secundare imediate şi în special inexistenţa obişnuitei atât de dăunătoare a derivatelor opiului.

BIBLIOGRAFII

Die posoperative Erkrakung. Etne Reform der chirurgischen Behandlung. Von Dozen-Dr. Liviu Câmpeanu, Director des Krant kenhauses Braşov-Kronstadt, 1940, 1 vol. 190 pag. cu 49 fig. *Verlag H. Welther*, Sibiu-Hermannstadt. Lei 480 (legat).

Lucrarea d-lui Dr. Liviu Câmpeanu aduce un nou curent în terapia chirurgicală modernă. Autorul preconizează o adevărată reformă pentru a suprima riscul operator şi a înlătura cu totul maladia post-operatorie. Procedeele constau esenţialmente în bioterapie asociată cu agenţi fizici şi chimici. Graţie acestei metode în care ridicarea şi mobilizarea precoce a bolnavului joacă rolul principal, s'au obţinut rezultate cu adevărat impresionante.

Valabilitatea acestei noui concepţii terapeutice se sprijină şi se dovedeşte pe un material clinic de peste 20.000 de cazuri.

Numeroase fotografii ilustrează succesul nouei metode. Ele reprezintă scne puţin obişnuite: operaţi care, imediat sau la scurt timp după operaţie, fac gimnastică, se mişcă liber sau îşi reiau ocupaţiile.

Asupra a două cazuri de psihoze produse de sulfamide

de Dr. AL. VASILESCU
Medic Primar
şi
CONSTANTIN DANIEL
Preparator universitar

Tratamenul prin sulfamide a dus la vindecarea unui mare număr de procese infecţioase, provocate de bacterii sau ultra virus-uri. Dar sulfamidele, mai ales atunci când sunt administrate în doze prea mari sunt capabile să determine fenomene toxice mai mult sau mai puţin grave.

Putem împărţi fenomenele toxice produse de sulfamide în intoxicaţiuni benigne şi grave. Printre primele se numără: cefaleea, ameţelile, astenia, cianoza, somnolenţa, vâjâieturile în urechi, vărsături, greaţă, diareea. Accidentele toxice grave se produc în genere atunci când s'a administrat îndelungat doze mari, dar pot surveni şi la doze mai mici. Ele sunt: durerile articulare, oligurie, anurie, hematurie, leucopenie, agranulocitoză, turburări de spermatogeneză, hemoragii intestinale, polinevrite, nevrite optice, encefalite, encefalo-neuromielite, mielită ascendentă de tip Landry şi în fine psihoză.

Lucrarea de faţă relatează două cazuri de psihoze, survenite în urma unei intoxicaţii cu sulfamide.

Observ. I. — Bolnavul P. M. 20 de ani, vine în clinica de psihiatrie pentru: modificări ale caracterului, impulsivitate, idei paranoide de interpretare, indiferenţă afectivă.

Antecedente personale: Pojar şi vegetaţii adenoidiene în copilărie. Obezitate medie. Blenoragie de două săptămâni. Nu uzează de alcool. Temperament schizoid.

Istoric: Bolnavul cu două săptămâni în urmă se îmbolnăveşte de uretrită gonococică. Un medic îl tratează prin spălături, apoi cu patru zile înainte de internare îi recomandă să ia zilnic şeasesapte pastile de Dagenan. Bolnavul ia în prima zi 7 pastile, fără să aibă nici un fel de turburări, a doua zi însă luând încă 7 pastile, se simte obosit, are greaţă şi cefalee. In fine a treia zi bolnavul ia încă 6 pastile şi în cursul acestei zile se simte extrem de astenic, devine palid, are greţuri şi apare şi o stare de obnubilare intelectuală. A patra zi, bolnavul nu mai ia Dagenan, dar refuză orice alimentaţie pe motiv că i s'a pus otrăvuri de către sora sa, se credea duşmănit de toţi cei din casă făcând diverse interpretări. A cincea zi, aceste fenomene se accentuează şi mai mult, bolnavul prezintă şi negativism verbal, nu mai răspunde la nici o întrebare şi se izolează. Tot atunci, are şi impulsiuni la sinucidere. Ideile de interpretare devin tot mai intense — tot ce se scrie în ziare sunt aluzii discrete la persoana sa. In aceiaşi zi este adus la clinica de psihiatrie.

Starea prezentă: De tip displastic, facies adenoidian, obezitate medie. Sistemul pilos puţin desvoltat. Scurgere purulentă prin orificiul uretral. Nimic deosebit la examenul toraco-abdominal. Tensiunea art. Mx. — 14 şi Mm. — 8 puls 80.

Neurologic, reflexele foto-motorii slabe şi hipperreflectivitate tendinoasă.

Examenul psihic: Se constată prezenţa fenomenelor de tip schizofrenic manifestate prin: tendinţă la izolare, indiferenţă afectivă, negativism verbal şi alimentar, turburări de atenţie, bizarerii, soliloquim, manierisme. Se mai constată oarecare incoherenţă în ideaţie. Uneori consimte să răspundă la întrebări şi atunci apar tendinţele sale interpretative, ideile de persecuţie, de suspiciune, toate acestea foarte puţin sistematizate. Pe de altă parte îşi suspectează familia, cunoştinţele, medicii, sau chiar simplu trecător care îl urmăreşte şi îl spionează. Toate acestea sunt organizate în jurul lui de oarece toţi sunt geloşi pe el, pe frumuseţea lui fizică, şi pe calităţile sale intelectuale. Aceleaşi interpretări le are şi pentru femei care toate sunt îndrăgostite de el şi îi admiră frumuseţea.

Evoluţie: După trei zile de internare, starea bolnavului se ameliorează. A 4-a zi de la internare devine mai volubil, acceptă mâncare, ideile delirante au dispărut în mare parte, este însă uşor obnubilat. A 5-a şi a 6-a zi această ameliorare se accentuează şi a 7-a zi de la internare toate turburările psihice au dispărut complect. Recunoaşte caracterul morbid al turburărilor sale şi le descrie cu exactitate. Urmărit încă 11 luni, bolnavul nu mai prezintă nici un fel de turburare mintală ulterioară.

Observ. II. — Bolnava M. D. de 32 ani vine la consultaţie pentru: stare de depresiune morală, anxietate, iritabilitate, astenie, reacţiuni impulsive îndreptate contra soţului său pe care îl acuză de infidelitate şi incapacitate la lucru.

Antecedente personale: Căsătorită, are un copil sănătos. Neagă maladiile infecto-contagioase şi venerice. Temperament: iritabilă, emotivă, dar extrem de sociabilă, prietenoasă, amabilă.

Istoric: Cu o săptămână înainte face o stare gripală cu o amigdalită şi în urma consultaţiei făcută de către un medic i se recomandă să ia între altele câte 5—6 tablete de Prontosil. După 3 zile de uz al acestui medicament, bolnava acuză nevralgii difuze, cefalee, ameţeli, diaree, somnolenţă şi astenie. In ziua următoare ia încă 5 tablete de Prontosil şi fenomenele de mai sus se accentuează adăogându-se însă şi o stare de obnubilare intelectuală cu depresiune morală, ceeace o face incapabilă de orice activitate. Continuă să ia Prontosil şi a 5-a şi a 6-a zi, dar turburările psihice se amplifică, — apar puseuri de anxietate intensă, reacţiune impulsivă contra soţului ei pe care îl acuză de adulter. Remarcabil este faptul că pentru prima oară în căsnicia bolnavei apar aceste idei. Trece chiar la acte de violenţă împotriva lui, lovindu-l.

Cu aceste simptome morbide vine la consultaţie în cabinet.

Starea prezentă: De tip constituţional leptosomic. Nimic patologic din partea organelor toraco-abdominale.

Din punct de vedere neurologic se constată o hiperestezie cutanată. Pupilele midriatice dar reacţionează bine la lumină şi distanţă.

Cianoza tegumentelor extremităţilor.

Examen de laborator: Nimic de semnalat.

Examen psihic: Din punct de vedere psihic o stare de depresiune morală cu obnubilare intelectuală şi dificultate în fixarea atenţiei, pe care fond apar paroxisme anxioase cu instabilitate motorie, tendinţă la interpretare, idei de gelozie îndreptate în contra soţului ei.

Evoluţia: Se suspendă întrebuinţarea Prontosilului, se prescriu calmante şi se face un tratament de dezintoxicare obişnuit. După 3 zile starea bolnavei reintră cu totul în normal.

Nu a mai prezentat de atunci (7 luni) nici un fel de turburări mintale.

Ni s'au părut demne de semnalat aceste două psihose produse fără nici-o îndoială, de medicamentele cu bază de sulfo-piridină (Dagenan) şi sulfamidă (Prontosil). In adevăr a existat în amândouă cazurile o succesiune imediată între luarea medicamentului şi fenomenele psihice. Pe de altă parte, în amândouă cazurile turburările mintale au fost precedate de semne de intoxicaţie cu sulfamide. Vindecarea s'a produs la foarte scurt timp după oprirea uzului medicamentelor, ceeace nu s'ar fi putut întâmpla dacă era vorba de psihose constituţionale. De obicei turburări psihice cu acest tablou clinic au un pronostic cu mult mai serios şi o durată cu mult mai mare.

Ipoteza unor bufeuri delirante în sensul lui Magnan nu pare de reţinut, deoarece niciunul din aceşti bolnavi nu era un «degenerat» şi nu prezentase niciun episod psihotic anterior. Insăşi noţiunea de bufeu delirant (cu

Tratamentul sifilisului este o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

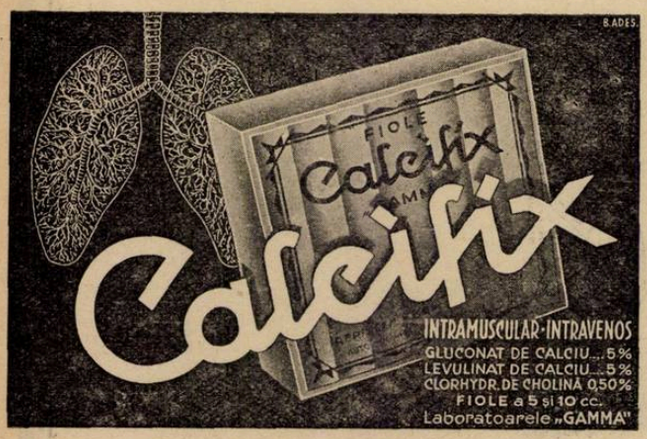
Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluție stabilă, gata preparată pentru injecțiuni intravenoase și intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic și clinic ca și **NEOSALVARSAN**

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3 92.86.



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

care ar putea fi confundate aceste psihose) nu este acceptată actualmente: autorii moderni văzând în aceste psihose moduri de reacţiune la cauze foarte diverse (infecţii, intoxicaţii endo şi exogene, şocuri emotive, etc.).

Cele două cazuri relatate au unele elemente comune, astfel asthenia, depresiunea, paroxismele de anxietate, ideile de interpretare şi mai ales o stare de obnubilare existau în ambele cazuri.

Din punct de vedere psihic, ni se pare evident că acţiunea toxică n'a făcut decât să accentueze temperamentul constituţional al celor doi bolnavi. Primul bolnav, schizoid temperamental, a făcut o psihosă de aspect schizofrenoid, iar bolnava M. D. cu un temperament ciclotimic a făcut o psihosă, unde elementele melancolice predominau.

Se pare că psihosele sulfamidice nu sunt o complicaţie prea deasă deoarece nu s'a publicat în literatura mondială decât aproximativ 25 cazuri. Primii cari au publicat cazuri de psihose declanşate de o intoxicaţie prin sulfamide sunt: **B. W. Hogan şi I. P. Namura** în 1938 [1]) apoi **M. Pearson şi David Burstein** [2]) 1939 relatează două cazuri de psihose sulfamidice. Era vorba în amândouă cazurile publicate, de bolnavi internaţi pentru o psihoză schizofrenoidă cu negativism alimentar şi verbal, halucinaţii auditive, idei de relaţie, idei de persecuţie.

Aceste psihose au survenit după luarea a doze mari de medicamente sulfamidice. In antecedentele niciunuia dintre bolnavi nu s'au găsit episoade psihotice. Tot astfel *W Hurst Brown, William B. Thornton, J. Stuart Wilson* (1904), [3]), studiind comparativ toxicitatea sulfamidelor şi a sulfo-piridinei găsesc din 100 bolnavi trataţi cu sulfamide cinci care au avut stări depresive cu asthenie şi anxietate, unul a avut o nevrită periferică şi două au avut stări confuzionale.

Deasemenea din 100 de bolnavi trataţi cu sulfopiridină, şapte au avut sindroame depresive uşoare, un bolnav a avut o nevrită periferică şi şase au avut stări confuzionale.

Acest procent de 2% şi 7% pe care îl dau autorii de mai sus este mult prea ridicat şi ni se pare că nu corespunde adevăratei freqvenţe a incidentelor psihotice în cursul terapiei prin sulfamide.

C. Garvin [4]) în 1939, arată că rare ori pacienţii trataţi cu sulfamide au făcut psihose toxice. El arată că aceste psihose apar fie după o doză mare luată timp îndelungat, fie după o singură doză foarte mică uneori. Citează astfel cazul unei fete tinere, intrate pentru un erizipel al feţei, într'un spital din U. S. A. căreia i s'a dat câte 1,3 gr. sulfamide la fiecare 4 ore şi care după fiecare doză făcea o stare de agitaţie confuzivă ce dura 3—4 ore şi de care bolnava nu-şi mai amintea în urmă. C. Garvin crede că era vorba de o idyosyncrasie la sulfamide.

Numeroşi autori *(Schächter, Schreis, Hüllstrung, L. Lemke, A. Tietze, Leopold Bürger, etc.).* relatează cazuri de polyneuromyosită, nevrită optică *(C. J. Bucy)* [5]), scleroză laterală myotrofică. *(M. Roch, E. Martin, şi J. Nester)* [6]), encefalomielite *(A. Fisher şi R. Gilmour)* [7]).

Dealtminteri există o serie întreagă de turburări neurologice şi psihice mai mici, care survin în cursul tratamentului cu sulfamide. Astfel : cefalee, ameţeli, stare depresivă, iritabilitate, insomnie, anorexie şi greaţă.

In cercetările de laborator s'a demonstrat aceeaş toxicitate a sulfamidelor asupra sistemului nervos central şi periferic.

Bliss şi *Lon* [8]) au arătat că doze mari de suflamide, date şoarecilor produc semne de turburări vestibulare bilaterale şi o paralizie spastică bilaterală. *Hagenman* a obţinut rezultate similare în experienţele sale. *Custer* şi asociaţii săi au arătat toxicitatea sulfamidelor asupra sistemului nervos central al câinilor, unde produc ataxie, paralizie spastică, areflexie şi orbire.

Hawkins [9]) a produs semne neurologice semănând cu rigiditatea de decerebrare la iepure şi pisică.

In laborator toţi arată că există o relaţie absolută între cantitatea de sulfamidă întrebuinţată şi manifestările toxice Marchall, Emerson şi Cutting cred că apariţia şi intensitatea efectelor toxice ale sulfamidelor la om depinde de : *a)* susceptibilitatea pacientului, *b)* doze pe kgr. de greutate, *c)* capacitatea de excreţie a rinichilor.

Riser şi *Valdiguié* [10]) studiind repartiţia în parenchimul nervos la câine a paraminobenzensulfamidei (1162 F) constată că : după injectarea unei singure doze, derivaţii sulfamidei trec repede în ţesutul nervos ca şi în lichidul cefalo-rachidian.

In ceeace priveşte anatomia patologică a turburărilor sistemului nervos central în urma intoxicaţiei cu sulfamide, vom reproduce constatările lui *H. J. Fisher şi R. Gilmour*, care găsesc într'un caz de encefalomielită o paralizie ascendentă de tip Landry, demielinizare perivasculară (leziune caracteristică emcefalomielitei post-vaccinale) focare de ramolisment şi de hemoragii.

Pe porumbei, *H. Hüllstrung şi Fr. Krause,* [11]) arată că polinevrita post-sulfamidică, nu mai survine atunci când se administrează şi doze importante de vitamina B_1 (aneurina).

Tot astfel, aceeaşi autori găsesc că 30—40% din bolnavii trataţi cu sulfamide, au o cantitate foarte scăzută de vitamina B_1 şi cred că în timpul tratamentului cu sulfamidă, există o scădere a vitaminei B_1 în organism, care de cele mai multe ori este fără importanţă.

Deasemenea W. Hurst, William Thornton şi J. Stuart Wilson, arată că manifestările toxice ale sulflamidelor pot fi atenuate cu acid nicotinic (care se ştie că face parte din complexul vitaminei B şi este factorul anti-pelagros).

Se pare deci că scăderea cantităţii de vitamina B_1 sau de acid nicotinic din organism ar predispune pe bolnav la accidente nervoase, poate şi psichice, în cursul tratamentului cu sulfamide.

---

1) Horgan B. and Mc. Namura. Navy Military Buletin, 36—60 1938.

2) Pearson M. and Burnstein. D. New. Internat Cli. III 246/1939.

3) Hurst Brow, W. Thornton, Stuart, J. A. M. A. April 27, 1939 p. 1605.

4) Garvin C.—J. A. M. A. 22 July 1939.

5) Bucy J. C. — J. A. M. A. 109 — 1007 1937.

6) Roch M., Martin E. Neser J. — Soc. Médicale des Hôpitaux de Paris — Séance du 26 mai 1939.

7) Fischer N. J. and Gilmour R. — Lancet II, 301/1939.

8) Bliss E. A. and Long P. H. — J. A. M. A. 108 32/1937.

9) Hawkins Fr. — Lamcet II 1019/1937.

10) Riser M. et Valdiguie — Soc. de Biologie — du 18 Février 1939.

11) Hülltrung H. und Krause Fr. Deutsche Med. Wochenscrift 1938 II 1213.

Tratamentul cavernelor tuberculoase prin metoda drenajului aspirator transparietal a lui Monaldi *)

de Conf. Dr. L. DANIELLO și Dr. N. BUMBĂCESCU
Asistent

Tratamentul cavernelor tuberculoase prin metoda drenajului aspirator transparietal, preconizată de *Monaldi*, preocupă actualmente, în cea mai mare măsură, ftiziologia din întreaga lume. Publicațiile în legătură cu această terapeutică, sporesc pe zi ce trece și cu toate că valoarea metodei nu poate fi încă definitiv apreciată, din cele mai multe, se desprinde o impresie foarte optimistă.

Ca și în multe alte servicii de ftiziologie, procedeul se află și în clinica noastră, în faza de experimentare, el fiind aplicat pentru prima dată în Februarie.

Prin articolul de față, dorim să facem cunoscută publicului medical românesc, metoda lui *Monaldi*, care, după cât se pare, marchează un mare progres în tratamentul tuberculozei cavitare, și să arătăm rezultatele provizorii obținute de noi în primele cazuri tratate.

Principiul metodei.

Profesorul *Monaldi*, care este autorul unor valoroase lucrări asupra mecanicei respiratorii, în urma cărora s'a produs o profundă remaniere a concepției noastre despre colapsoterapie, crede, că vindecarea unei caverne tuberculoase, este de cele mai multe ori împiedicată prin anumiți factori defavorabili, de ordin mecanic. Aceștia sunt: suprapresiunea gazoasă pasageră, care se produce în caverne în urma respirației, sau mai ales în cursul tusei, precum și suprapresiunea permanentă, care se constată în cavernelor a căror bronșie de drenaj este parțial obstruată prin procese proliferative. Aceste bronșii realizează adeseori, un mecanism de supapă, care permite intrarea aerului în faza inspiratorie sau în cursul tusei, dar nu și eșirea lui din cavernă în faza expiratorie. Astfel se produc veritabile *distensiuni cavitare prin suprapresiune gazoasă*, (cavernes soufflés ale autorilor francezi) în cari, după părerea lui *Monaldi*, lumenul excavației este mult mai mare decât adevărata pierdere de substanță din țesutul pulmonar. Parenchimul din jurul cavității este în asemenea cazuri atelectaziat, în urma presiunei endocavitare, care se opune în acelaș timp și tendinței retractile a sclerozei secundare.

Aspirația permanentă a conținutului gazos și lichid al cavernei, prin metoda lui *Monaldi*, suprimă deci ipertensiunea cavitară, defavorabilă vinedecării, substituindu-i o ipotensiune pronunțată, care atrage concentric pereții cavității, determinând reexpansiunea parenchimului atelectatic pericavitar menit să umple golul, și favorizează acțiunea procesului de scleroză retractilă.

In afară de acest efect mecanic, se pare că drenajul aspirativ are și efecte biologice asupra țesuturilor cari formează pereții cavernei. Prin absorbția permanentă a secrețiilor patologice, se produce o curățire a interiorului cavernei de substanțele toxice provenite din necroza parenchimului și se elimină depozitele cazeoase de pe pereți, ceiace favorizează vitalitatea țesuturilor și procesul de granulațiune reparatoare.

După *Monaldi*, drenajul ar avea un efect favorabil chiar și asupra leziunilor infiltrative din vecinătatea focarului de ramolisment; această părere nu este însă împărtășită de toți autorii.

Indicațiile procedeuli, până în prezent nu sunt încă exact precizate, dar se pare că ele vor fi destul de largi.

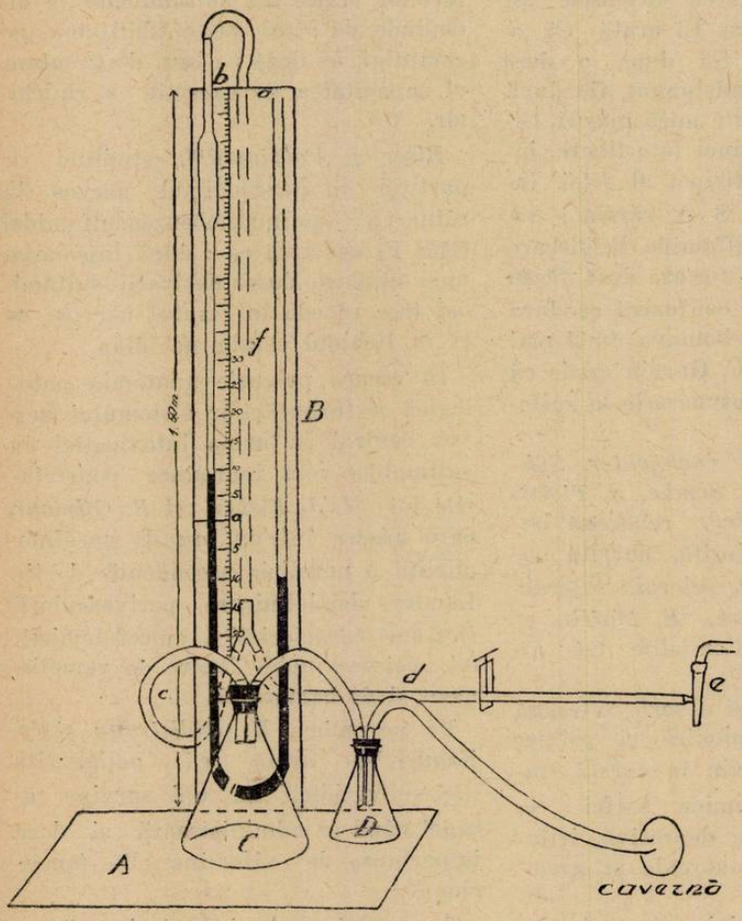


Fig. No. 1

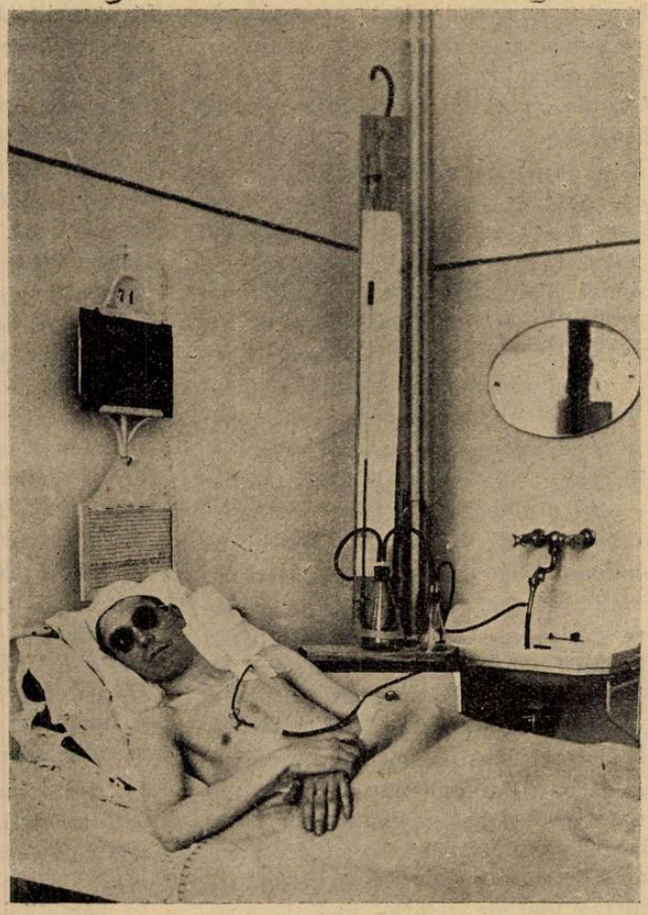


Fig. No. 2

*) *Lucrare făcută în Clinica medicală I Cluj Director Prof. Dr. I. Hațieganu, Secția de boli pulmonare.*

Principial, drenajul aspirator poate fi încercat în toate cavernele cronice, având un volum care depăşeşte pe cel al unei nuci şi a căror localizare permite ca ele să fie abordate cu sonda.

Dificultăţi din acest punct de vedere, putem întâmpina în cavităţi localizate supraclavicular sau în imediata vecinătate a hilului. Cea mai favorabilă localizare o realizează cavernele lobului superior, situate infraclavicular. Dealtcum, absoluta majoritate a cavernelor tuberculoase se găsesc în această regiune.

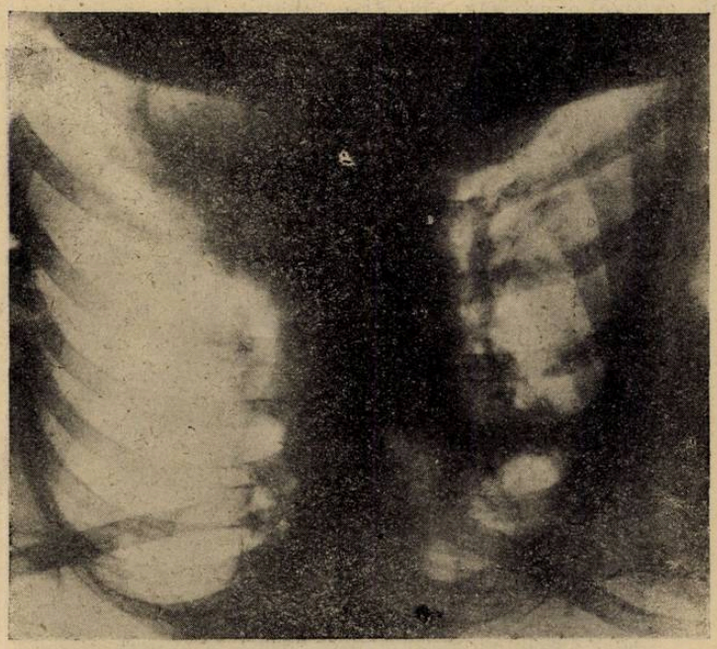


Fig No. 3.

O condiţie indispensabilă pentru stabilirea indicaţiei drenajului cavitar, este *prezenţa unei simfize pleurale solide la nivelul cavernei.* Dacă executăm punctia şi drenajul, fără ca foiţele pleurale să fie simfizate, dăm cu siguranţă naştere unui piopneumotorace.

Se mai cere apoi, ca starea generală a bolnavului, să nu fie atât de alterată încât să-şi fi pierdut orice potenţial de refacere. Metoda lui *Monaldi* se adresează, după o expresie a lui *Burnand*, «unor leziuni incurabile la bolnavi curabili».

Intervenţia lui *Monaldi* fiind aproape complect lipsită de şoc operator şi neproducând nici o diminuare a funcţiunii respiratorii sau circulatorii, ea poate fi încercată şi la cazuri cu leziuni bilaterale, sau la care plămânul controlateral este tratat cu vre-o metodă colapsoterapeutică.

In principiu este posibil şi drenajul consecutiv al mai multor cavităţi la acelaş bolnav.

Unii autori, spre exemplu *Vaccarezza*, sunt de părere că drenajul este indicat numai în cavernele a căror bronşie de drenaj are un calibru insuficient şi a căror tensiune intracavitară este pozitivă măcar în expiraţie. S'a văzut însă că şi caverne a căror bronşie de drenaj a fost la început larg deschisă, au beneficiat de metoda lui *Monaldi.*

Singurele caverne pe care noi le credem nepotrivite pentru drenaj, sunt focarele de ramolisment recent, formate în leziuni cu caracter exudativ (cavernele de gradul I după *Jaquerod*, «Frühkaverne»-le germanilor). Ele regresează adeseori spontan prin simpla cură de repaus, iar pe altă parte, aspiraţia ar putea (teoretic) să aibă efecte defavorabile asupra leziunilor nestabilizate din jurul cavernei.

O condiţie ce ni se pare favorabilă succesului în cazurile tratate după *Monaldi*, este prezenţa unei suficiente cantităţi de parenchim pulmonar, sănătos sau alterat, în jurul cavernelor, căci lumenul acestora se umple prin reexpansiunea şi granulaţiunea ţesutului pulmonar. Deaceia în cavernele apicale sau periferice, unde peretele cavitar este pe o bună întindere situat imediat subpleural, procesul reparativ se va face mai greu decât în cavităţile mai centrale.

Technica.

Inainte de-a proceda la drenarea cavernei, se impune *localizarea exactă* a ei. Aceasta se poate face cu destulă aproximaţie, prin ajutorul examenului radioscopic sau radiografic, executat în diferite poziţii, dar cu mai multă exactitate se poate stabili printr'o explorare tomografică a regiunii.

Tomografia ne orientează asupra dimensiunilor reale ale cavernei, atât în diametru posteroanterior cât şi transversal, asupra situaţiei bronşiei de drenaj şi a leziunilor pericavitare.

Se obişnueşte ca înaintea drenajului aspirativ să se facă o *punctie exploratoare a cavernei.* Scopul acesteia este triplu : ea ne orientează dacă la nivelul cavernei pleura este într'adevăr simfizată, căci această punctie se face cu o canulă de pneumotorace. Ea ne arată apoi, dacă pe traiectul canulei se găsesc vase sanghine mai mari, cari ar putea da naştere la emoragii periculoase cu ocazia introducerii trocarului şi a drenului. In acest scop, în cursul punctiei se aspiră uşor cu o siringă montată la canulă, până ce pistonul cedează cu uşurinţă în momentul pătrunderii în cavernă. In fine, prin acul de punctie ajuns în cavernă, putem practica, cu ajutorul unui manometru cu apă, măsurarea tensiunii intracavitare, din care apoi putem trage concluzii asupra permeabilităţii mai mari sau mai mici a bronşiei de drenaj.

Fig. No. 4.

Dacă tensiunea intracavitară este pronunţat negativă, atât în inspiraţie cât şi în expiraţie, este foarte probabil că bronsia de drenaj se află complect obstruată şi caverna are mari şanse să se închidă spontan prin rezorbţia gazului şi apropierea pereţilor. *Vaccarezza* recomandă în asemenea cazuri renunţarea la drenaj.

Dacă în cursul respiraţiei, manometrul indică oscilaţii de 3—4 cm. în jurul lui O, comunicaţia dintre cavernă şi arborele bronşial este largă.

Dacă în expiraţie tensiunea intracavitară devine pozitivă, se poate presupune obliterarea parţială a bronşiei de drenaj, jar dacă tensiunea din cavernă este pozitivă atât în faza inspiratorie cât şi în expiraţie, este probabil că în bronşia de drenaj funcţionează un mecanism de supapă, care permite intrarea dar nu şi eşirea aerului, producând o distensiune a cavernei. In asemenea cazuri, drenajul aspirativ poate da un rezultat rapid.

Atât punctia exploratoare a cavităţii, cât şi introducerea drenului, care se poate face imediat după punctie, sau la un interval de 24 de ore, se execută sub controlul ecranului radiolo-

gic, ceace ne permite să orientăm exact instrumentul spre centrul cavernei. In cursul operaţiei, bonlavul trebuie să fie culcat orizontal, pentru a evita o eventuală embolie gazoasă cerebrală sau deplasări involuntare ale bolnavului în timpul intervenţiei. Este

Fig. No. 5.

deci necesar să dispunem de o instalaţie radiologică cu trochoscop.

Inainte de puncţie se face anestezie locală cu novocaină (0.5%), ca pentru instituirea de pneumotorace. Inaintea introducerii drenului, anestezia trebuie să intereseze o regiune de 2—3 cm. în toată grosimea peretului toracic, până

Fig. No. 6.

la pleură, precum şi periostul costal (ca şi pentru pleuroscopie).

Pentru drenajul aspirativ al cavernelor, ne servim de o sondă (cateter) de cauciuc Nelaton Nr. 12, care se introduce în cavernă cu ajutorul unui trocart. Noi ne servim de trocartul din trusa de pleuroscopie ; *Monaldi* şi alţii au construit trocarte speciale cu vârful mai puţin ascuţit, pentru a evita lezarea vaselor. Spre a putea traversa peretele toracic cu aceste instrumente, destul de groase, e necesar să se practice cu un bisturiu o incizie de un cm. a tegumentului. Trocartul se introduce apoi prin mişcări prudente, în plămân, urmând acelaş traiect ca şi canula de puncţie exploratoare şi verificând mereu direcţia pătrunderii sub ecran. Când vârful trocartului a intrat în cavitate, operatorul are senzaţia netă de-a fi trecut peste un obstacol şi a fi pătruns în gol. Pătrunderea trocartului se verifică apoi cu ajutorul oscilaţiilor manometrice, dar mai exact poate fi controlată cu ajutorul *endoscopiei cavitare*, practicată cu ajutorul unui pleuroscop. Prin acest procedeu putem controla vizual dimensiunea cavernei, structura şi forma pereţilor, orificiul bronşiei de drenaj. Unii autori au încercat şi cauterizarea acestui orificiu, pentru al obliterа sau aplicarea de substanţe medicamentoase pe pereţii cavernei.

După această inspecţie a interiorului cavitar, trocartul se scoate şi prin teaca sa, lăsată pe loc, se introduce sonda Nelaton. După ce ne-am asigurat prin ajutorul radioscopiei că vârful ei se află în cavernă, într'o poziţie convenabilă că nu este cudată şi ajunge până la baza cavităţii), sonda este menţinută pe loc cu o pensă, iar teaca trocartului scoasă încet prin răsucire. Plaga minimă din jurul sondei este pansată steril, iar sonda fixată în poziţia dorită cu ajutorul unor fâşii de emplastru sau a unei plăci de plută fixată pe torace cu două bande.

După introducerea sondei, bolnavul este lăsat să se odihnească timp de 24 de ore, capătul extern al sondei fiind închis cu o pensă. Se înregistrează aproape constant spute emoptoice în primele ore după intervenţie, dar ele sunt lipsite de importanţă. Emoptiziile mai mari din cursul operaţiei pot fi combătute prin aplicaţiuni locale

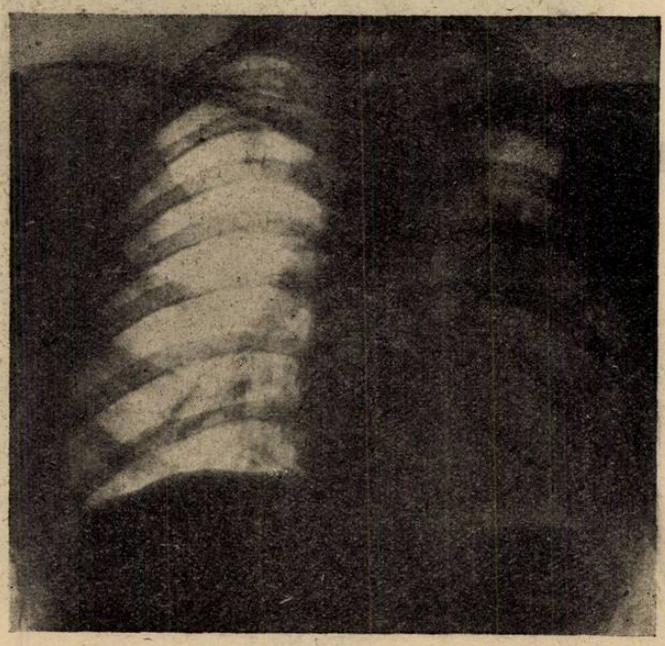


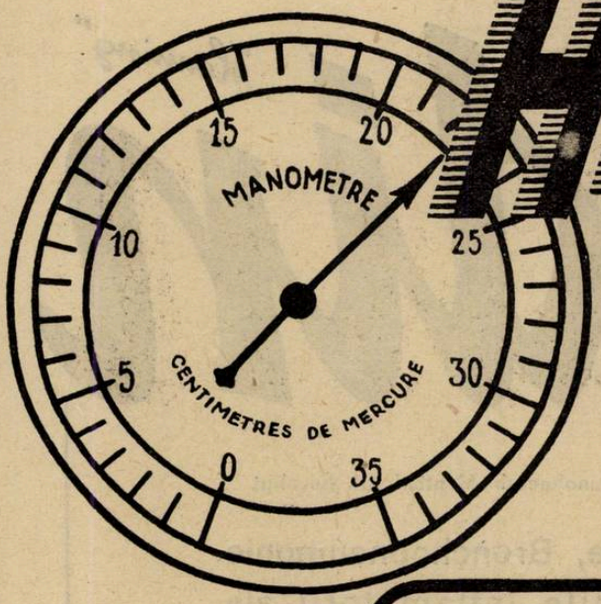
Fig. No. 7.

(prin trocart) de clauden, manetoi, etc.

Drenajul aspirativ sau tratamentul propriu zis, prin metoda lui *Monaldi* se poate face cu ajutorul aparatului reprodus în figura *Nr. 1.* El a fost construit de noi înainte de-a fi avut prilejul să cunoaştem detaliile technicei

Fig. No 8.

lui *Monaldi*, dar este aproape identic cu cele utilizate de majoritatea autorilor. Instrumentarul intervenţiei se perfecţionează de altfel, pe măsură ce sporeşte experienţa autorilor ce practică această nouă terapeutică şi desi-



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

- ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
- ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
- ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
- ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
- ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr, extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol. Phenilchinolincarb. Menthol. Ol. Eucalipt.

Gripă, Pneumonie, Bronchopneumonie şi toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor.

Fluidică seerețiile. — Desidorizează şi uşurează expectoraţia.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. intramuscular.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

Myoston

Pe baza de adenosină phosphorică MAP.

Angina Pectorală. Scleroza coronară. Infarct cardiac. Turburările circulaţiei periferice. Abus de nicotină şi cofeină. Mărirea debitului cardiac la bătrâni.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile.
In infract cardiac şi gangrenă: zilnic 2 — 3 inj. 2 cc. Tratament de întreţinere: 3 — 4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi 2 cc. / Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

gur că va mai trece timp până ce va fi pus definitiv la punct.

Iată cum este construit şi cum funcţionează aparatul de care ne servim noi.

La un suport de lemn (A), este fixată perpendicular o scândură (B) pe

Fig. No 9.

faţa căreia se găseşte fixat un manometru cu apă în formă de U. Una din ramurile monometrului (a) este în legătură directă cu atmosfera. (Cealaltă (b), prevăzută la cap cu o bulă de sticlă, pentru a se evita aspiraţia apei din manometru, este continuată prin intermediul unui tub de cauciuc (f) ce merge în dosul scândurei (şi care este

Fig. No. 10

reprezentat în figură punctat) cu unul de sticlă în formă de Y. La una din ramurile secundare ale Y-lui, (c) este fixat un tub de cauciuc, ce face legătura cu flaconul Erlenmeier (C), în care se face vid. Cea de a doua ramură secundarului a Y-lui, este în continuitate urmată de un alt tub de cauciuc (d) ce leagă aparatul de trompa de apă ce se găseşte fixată la un robinet (e). Pe acest din urmmă tub se mai găseşte o pensă *Hofmann*, care ne serveşte pentru a regla într'o măsură oarecare aspiraţia. Intre cele două ramuri ale manometrului se găseşte o scară gradată, care ne indică în cm. apă, depresiunea din manometru şi flaconul principal. Pentru ca secreţia din interiorul cavităţii să nu se acumuleze în acest flacon, am introdus între el şi cavernă un al doilea flacon *Erlenmeier* (D), destinat secreţiilor ce se aspiră din cavitate.

Prin deschiderea curentului de apă trompa aspiră gazul prin intermediul tuburilor de legătură (c şi f) pe deoparte din flaconul *Erlenmeier*, iar pe de altă parte din ramura închisă a manometrului de apă. Depresiunea exercitată de aspiraţie, este indicată de ascensiunea coloanei de lichid în ramura manometrică. Ea este transmisă prin intermediul flaconului în care se acumulează secreţiile până la cavernă. In cazul când dorim să facem şi o manometrie a tensiunii gazoase din cavitate, este suficient să închidem bine pensa *Hofmann* şi să observăm deplasările coloanei de lichid.

După 24 ore dela intervenţie, se face legătura între sonda *Nelaton* şi dispozitivul de aspirat cu ajutorul unui tub de sticlă, după cum se poate observa în fotografia aci alăturată, unde este reprezentat un bolnav cu sonda introdusă în cavitate şi aparatul de aspirat *(fig. 2)*.

In primele zile este bine ca aspiraţia să se facă cu depresiuni mici şi discontinuu. Pe măsură ce bolnavul se adaptează la aspiraţie, se sporeşte depresiunea, care după experienţa noastră nu trebuie să depăşească 25—30 cc. de apă, precum şi timpul de aspirat, care în cazurile mai vechi ajunge să fie aproape continuu.

Aspiraţia este adeseori întreruptă prin obstruarea sondei Nélaton cu secreţii, când se observă manometric o puternică aspiraţie a lichidului, care

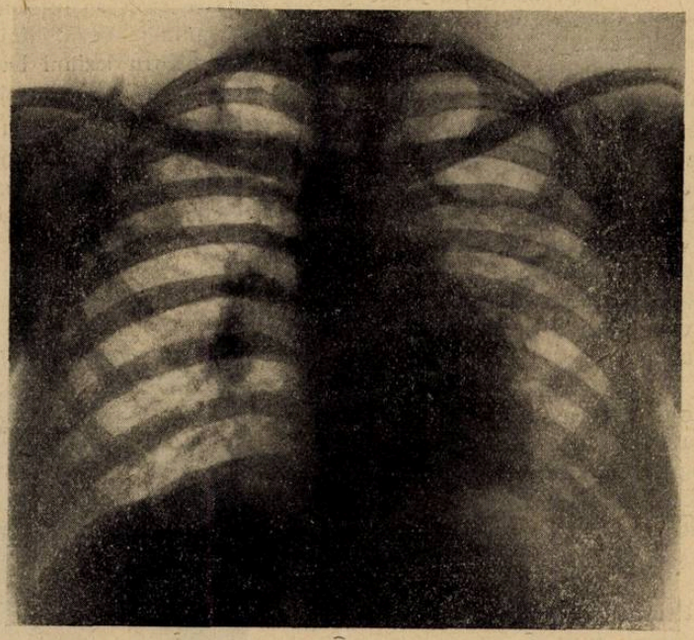


Fig No. 11.

se opreşte în bula de siguranţă, făcând un barbotaj continuu până în momentul când legătura cu caverna este întreruptă şi apa revine în manometru. Pentru a restabili cursul normal, trebuie să refacem şi să întrerupem de mai multe ori legătura cu caverna. Dacă nu reuşim, trebuie să ne servim

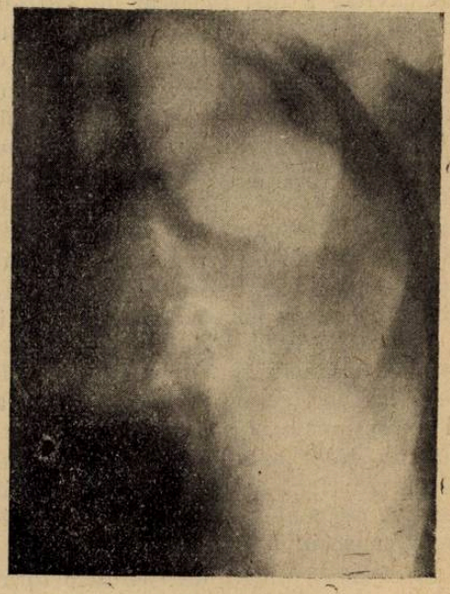


Fig. No. 12.

de o siringă cu ajutorul căreia să îndepărtăm obstacolul produs de secreţii în sondă. In cazul când nu putem îndepărta obstacolul prin manevrele de mai sus, trebuie să schimbăm sonda. Noi am făcut, în cursul tratamentului, la bolnavii noştri, de mai multe

ori această schimbare cu destul de mare uşurinţă. Se întâmplă uneori că, această schimbare întâmpină serioase dificultăţi, din cauza modificării de traiect şi a cudurei sondei, în urma procesului de micşorare a cavernei.

Plaga din jurul sondei este pansată steril la 4—5 zile, aplicând peste pansament, un tampon de tifon deasemenea steril, care se fixează cu două bande de emplastru.

Pe măsură ce imaginea cavitară se închide, sonda are tendinţa ca să se elimine spontan. Pentru a împiedica eşirea ei din cavitate, înainte ca aceasta să fie definitiv închisă, trebuie s'o fixăm cu o bandă de emplastru.

La începutul aspiraţiei secreţia este vâscoasă, amestecată cu striaţiuni de sânge care dispar destul de repede, dând loc la secreţie din ce în ce mai fluidă, ea devenind de aspect seros la cazurile ce se tratează mai mult timp.

Asupra timpului cât trebuie să dureze aspiraţia, cât şi a modului cum trebuie să fie întrerupt tratamentul, neavând experienţă personală suficientă, nu putem formula nici o părere.

Din literatura consultată, cei mai mulţi autori, sunt de părere că sonda trebuie menţinută pe loc timp de 4—6 luni, chiar dacă imaginea cavitară se închide mai curând, pentru a se da posibilitatea ţesutului pericavitar să se organizeze prin granulaţie, dând astfel un rezultat cât mai bun.

Inainte de-a termina capitolul asupra technicei drenajului cavitar, vrem să menţionăm că şi metoda lui *Monaldi* şi-a avut precursorii ei. Drenajul cavitar a fost încercat de *Tuffier* în 1897, care a relatat 26 de cazuri, dintre cari 50% cu rezultat favorabil. In 1937 *Eloesser* a studiat cavernele blocate prin puncţii şi injecţii de lipiodol, utilizând o technică asemănătoare cu a lui *Monaldi*, pe cale transtoracică, dar a ajuns la concluzia, că drenajul nu are efecte curative. Este meritul lui *Monaldi* de-a fi combinat drenajul cu aspiraţia, bazat pe studiile sale anterioare asupra mecanicei respiratorii.

Accidente. Sunt posibile şi semnalate emoragii în cursul punctiei şi embolii gazoase cerebrale. Ambele par a fi excepţionale şi se pot aproape totdeauna evita printr'o technică riguroasă. Au fost observate şi emoragii tardive evacuate prin sondă, dar lipsite de consecinţe.

Infecţiunea plăgii din peretele toracic nu se produce dacă ea este tratată aseptic, se pare însă că în anumite cazuri în care caverna nu se închide în urma drenajului aspirativ, ar persista fistule transtoracice.

Rezultatul observaţiilor primelor trei cazuri tratate de noi.

Obs. 1. S. T., în etate de 40 ani, inginer, nu prezintă antecedente personale sau familiale de tuberculoză.

Debutul boalei sale datează din toamna anului 1932, când a observat că se simte obosit, are mici ascensiuni febrile, tuşeşte şi expectorează mucopurulent. Cu toate aceste acuze şi câteva mici emoptizii pe care le are în primăvara anului 1933, nu se tratează mai serios. In Septemvrie 1933, se internează în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale din Cluj, pentru leziuni bacilare excavate în dreapta, cu bac. Koch în spută.

Examenul general nu pune nimic în evidenţă. La cel pulmonar se constată: o reducere a mişcărilor respiratorii în dreapta, cu submatitate în jumătatea superioară a emitoracelui, respiraţie suflantă cu raluri crepitante şi consonante asupra vârfului. Examenul radioscopic

Fig. No. 13.

pune în evidenţă o simfiză costomarginală dreaptă, cu leziuni nodulare dispersate în teritoriul lobului superior, ce au tendinţă la confluenţă ici colo, şi o zonă de ramolisment de mărimea unei piese de 20 lei, situată infraclavicular în apropierea peretelui toracic.

Pentru leziunea cavitară, se încearcă instituirea unui pneumotorace artificial, cu rezultat negativ, din cauza procesului de simfază pleurală. Se face o frenicectomie dreaptă, obţinându-se paralizia şi ascensiunea emidiafragmului, bolnavul fiind în acelaş timp supus unei serioase cure de repaus şi auroterapie cu Solganal B. uleios 20% din care i s'a administrat în total 4,40 gr. Urmează şi în cursul anului 1934 o cură revativă de repaus şi auroterapie. La controlul pulmonar făcut în primăvara anului 1933, se constată o mărire de volum a imaginei cavitare, cu toate că paralizia frenicului se menţine. In toamna aceluiaşi an se internează din nou în clinică şi după un tratament conservativ fără rezultat, i se face în Februarie, un plombaj cu parafină care nu reuşeşte să închidă imaginea cavitară, plomba eliminându-se prin tegument după 6 luni.

Până în Decemvrie 1939, când se reinternează în clinică, a făcut tratament conservativ şi cură relativă de repaus.

La prezentare în clinică se constată o bronşită cronică generalizată, cu raluri umede în jumătatea superioară a emitoracelui drept. Examenul radioscopic, pune în evidenţă o imagină cavitară, ovalară, bine delimitată, de mărimea unui ou de gâscă, cu un puternic infiltrat organizat în jur, care interesează tot lobul superior. Se constată în acelaş timp toate semnele unei scleroze pleuropulmonare cu simfiză pleurală în dreapta, desemn peribronchovascular accentuat în stânga cu câteva discrete umbre nodulare dense în regiunea apicală şi emfizem bazal compensator (radiografia Nr. 3). Examenul tomografic ne pune şi mai bine în evidenţă, imaginea cavitară din lobul superior drept (radiografia Nr. 4).

Bolnavul având în acelaş timp şi o importantă reducere a capacităţii vitale, nu s'a putut lua în considerare nici unul din procedeele de colapsoterapie chirurgicală cunoscute. Cazul prezentând indicaţiile drenajului aspirator după **Monaldi**, în 21 Februarie a. c. am făcut intervenţia.

După introducerea sondei timp de 24 de ore, bolnavul a fost lăsat liniştit, având sputa uşor striată de sânge. După acest timp, am făcut legătura cavernei cu sistemul de aspirat, producând o depresiune de 10 cc. apă în manometru, timp de 3—4 ore. Secreţia aspirată, era destul de vâscoasă, cu mici porţiuni purulente, amestecate cu puţin sânge, cantitatea de secreţie aspirată fiind în medie 15—20 în 24 h. cc. In cursul celei de a doua zi, striaţiunile de sânge au devenit mai rari, ele dispărând complect după aceia.

Incepând cu cea de a treia zi de aspiraţie, cantitatea de secreţie a sporit la 30—40 cc., ea depunându-se în două straturi, unul inferior vâscos, altul superior seros.

In cursul zilelor următoare, am sporit atât depresiunea endocavitară, ajungând până la 20—25 cc. de apă, cât şi timpul de aspiraţie, până la aproximativ 10—12 ore la zi.

După o lună de aspiraţie, făcută în condiţiile de mai sus, am obţinut, pe lângă o transformare a secreţiei care a devenit tot mai seroasă şi în cantitate medie de la zi 40 cc., o reducere destul de mare a tusei, cu diminuarea aproape complectă a expectoraţiei.

Examenul radioscopic arată o reducere foarte mare de volum a imaginei cavitare, care a luat aspectul unei fante mai lărgite în partea ei superioară (clişeu Nr. 5).

După patru luni de tratament, făcut cu aspiraţie aproape continuă, (bolnavul menţinând legătura cu caverna şi în timpul nopţii), şi depresiuni endocavitare care nu au depăşit 30 cc. de apă, am ob-

DESINFECTANT ŞI RECALCIFIANT PULMONAR
IN TUBERCULOZĂ, GRIPĂ, BRONCHITE

SIROCALCIN

„SAPIC"

SIROCALCIN cu Efedrina

Sirop cu gust plăcut.

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN

„SAPIC"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături. Fiole. Pulbere pentru receptură.

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

PNEUMONIE, BRONCHOPNEUMONIE, GRIPĂ,
PROFILACTIC DUPĂ OPERAŢIUNI

PULMOSEPT

„SAPIC"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
„SAPIC"
Bucureşti VI, Strada Cazărmei No. 89.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

ţinut pe lângă ameliorarea stării generale, diminuarea sputei şi a tusei şi o reducere până la dispariţie a imaginei cavitare, din care numai pe un clişeu tomografic se mai văd câteva mici porţiuni în partea ei superioară (clişeu Nr. 6).

După patru luni de aspiraţie continuă cavitatea intrapulmonară fiind complect închisă şi nemai secretând nimic, sonda a fost scoasă. Plaga s'a vindecat în bune condiţiuni după câteva zile de tratament. In prezent starea pulmonară şi generală a bolnavului este foarte bună. La examenul tomografic făcut după scoaterea sondei nu se mai pune în evidenţă rest de imagine cavitară. Bonavul continuă să fie în observaţia noastră clinică.

Obs. Nr. 2. B. M. în etate de 24 ani, casnică. In Iunie 1937 are o pleurezie serofibrinoasă dreaptă. In Septemvrie acelaş an i-se constată în lobul superior leziuni fibrocazeoase cu expectoraţie bacililiferă, pentru care i-se institue la Bucureşti un pneumotorace artificial, obţinându-se un colaps incomplect. După un an de întreţinere se face rezecţie de aderenţe. Pneumotoracele a fost continuat până în August 1939, când a fost abandonat din cauza simfizei progresive a pleurei. In Septemvrie i-se începe un tratament cu sanocrizină.

In Decemvrie 1939, se internează în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale din Cluj, având reducerea mişcărilor de respiraţie în stânga, cu submatitate pe întreg emitoracele, respiraţia suflantă cu raluri subcrepitante şi consonante în jumătatea superioară. Câteva subcrepitante se percep şi subclavicular în dreapta.

Radioscopic se constată o voalare totală prin îngroşare pleurală a câmpului pulmonar stâng, cu prezenţa unei imagini ovalare de mărimea unui ou situate subclavicular; mediastinul şi tracheia fiind atrase de această parte. In dreapta desemnul-peribronchovascular şi intercleidohilar mai accentuat (clişeu Nr. 7). Secţiunea tomografică făcută la 13 cm. profunzime ne arată şi mai bine imaginea cavitară (clişeu Nr. 8).

După o prealabilă observaţie clinică a părţii drepte i-se face în 14 Martie drenajul aspirator după metoda lui **Monoldi.**

Mersul postoperator ,condiţiile de aspiraţie şi rezultatul obţinut fiind foarte asemănător cu al cazului precedent, pentru a nu ne repeta, ne mulţumim să semnalăm numai dificultăţile ce le-am avut cu schimbarea sondei, dificultăţi ce se datoresc modificării traiectului acesteia în urma micşorării de volum a imaginei cavitare.

Clişeul normal făcut la 28 zile după intervenţie, arată pe lângă o diminuare de volum a cavităţii şi prezenţa sondei ce străbate peretele toracic. Secţiunea tomografică făcută în aceleaşi condiţiuni ca şi cea dinaintea tratamentului ne arată dispariţia aproape complectă a imaginei cavitare, după trei luni de tratament (clişeu Nr. 9 şi 10).

La trei luni şi ceva de tratament sonda a fost scoasă, din cauză că nu se mai putea schimba, traiectul de introducere devenind sinuos în urma procesului de scleroză şi diminuarea cavernei. La examenul tomografic în momentul întreruperii tratamentului imaginea cavitară era aproape complect dispărută. După scoaterea sondei şi vindecare în parte a plăgii cutanate bolnava a părăsit clinica pentru a se duce într'o staţiune climatică unde nu a mai făcut cură de repaus. Consecinţa a fost, că după o lună de zile a revenit în clinică cu imaginea cavitară din lobul superior stâng deschisă, motiv pentru care am fost nevoiţi a face o nouă punctie şi aspiraţie, care este în curs.

Obs. Nr. 3. S. A. în vârstă de 27 ani, învăţătoare. In Aprilie 1929, pentru semne de debut insidios bacilar, consultă un medic, care îi constată leziuni fibrocazeoase în lobul superior stâng. In August se internează în sanatorul din Aiud, având de astă dată o cavitate subclaviculară în stânga. Face pe lângă cura de repaus şi auroterapie cu Solganal B uleios, din care i-se administrează o serie de 3 gr. In Februarie a. c. face un puseu evolutiv cu bilateralizare cavitară. Cu această stare se internează în 7 Martie a. c. în secţia de boli pulmonare a clinicii medicale din Cluj (clişeu Nr. 11).

In 9 Martie se încearcă un pneumotorace artificial stâng, obţinându-se un colaps controelectiv ineficace, întreg vârful pulmonar fiind simfizat la domul pleural. Colapsul din stânga este abandonat şi în 23 Martie se institue un pneumotorace artificial în dreapta, obţinându-se un colaps cu tendinţă de-a deveni electiv, asupra lobului superior.

Colapsul din dreapta perfectându-se şi starea generală fiind bunişoară, i-se face în 18 Mai drenaj transparietal al cavernei din stânga.

Cazul fiind foarte recent, ne mulţumim să dăm clişeele tomografice făcute în aceleaş condiţiuni technice, înainte de intervenţie şi la 18 zile după aspiraţie (clişeu Nr. 12 şi 13). Se poate vedea din comparaţia celor două clişee o surprinzătoare diminuare de volum a imaginei cavitare, ce nu poate fi explicată altcum, decât prin distensiunea parenchimului pulmonar pericavitar atelectaziat, în urma aspiraţiei continue de gaz din cavitate.

In clinică mai sunt în prezent mai multe alte cazuri în tratament cu această metodă.

Rezultatele procedeului lui Monaldi, nu pot fi încă just apreciate, dată fiind durata scurtă a observaţiei bolnavilor trataţi până în prezent.

Nici *Monaldi,* care se pare că a tratat câteva sute de cazuri, nu dă încă o statistică. In genere, toţi autorii recunosc că proporţia cazurilor în care se obţine o dispariţie a cavernei, este incomparabil mai mare decât a celor în cari se înregistrează un eşec.

Ţinând seamă de împrejurarea că intervenţia lui *Monaldi* este aproape complect lipsită de riscuri, bine suportată şi de bolnavii gravi la cari orice metodă colapsoterapică este contraindicată şi că ea poate produce vindecări sau ameliorări importante în cazuri cari înainte păreau definitiv pierdute, trebuie să recunoaştem că drenajul aspirator înseamnă un mare progres în ftizioterapie.

Viitorul ne va arăta dacă dispariţia cavernelor obţinută prin drenajul aspirativ, echivalează sau nu cu o veritabilă vindecare clinică.

BIBLIOGRAFII

Traité de la transfusion sanguine par MM. G. Jeanneney, Professeur à la Faculté de Médecine de Bordeaux Chirurgien, **G. Ringenbach,** Interne des Hôpitaux de Bordeaux, Chef de Laboratoire de Trasfusion de l'Hôpital Tastet-Girard (de Bordeaux). *Masson et C-i, éditeurs.* Un volum de 383 pagini cu 112 fiouri 2.50 dolari.

Această lucrare constituie primul tratat francez asupra transfuziunei sanguine, deşi existau mai multe lucrări incomplecte asupra acestei chestiuni.

Transfuziunea constituie o terapeutică de primul plan, care aplicată corect numai rareori poate produce accidente; indicaţiunile sale sunt numeroase, trebuind să fie aplicată nu numai în cazurile urgente.

Lucrarea începe cu un istoric asupra transfuziunei. Sunt expuse apoi indicaţiunile medicale, rezultate şi contraindicaţiile. Un lung capitol este consacrat imuno-transfuziunei. Capitolele următoare sunt consacrate anticoagulanţilor şi sângelui conservat. Autorii prezintă o metodă complectă asupra alegerei donatorilor. Ultimele capitole tratează despre modul de acţiune al transfuziunei, organizărei practice a centrelor.

O bibliografie foarte complectă termină această lucrare, tratat complectă esenţialmente practic, care nu neglijează însă niciuna dintre problemele teoretice pe cari le pune această chestiune.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noul Ministru al Sănătăţei publice

D-l Profesor Dr. P. Tomescu, Directorul revistei «România Medicală», a fost numit Ministru al Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale.

Noui Secretari generali ai Ministerului Sănătăţei

Au fost numiţi Secretari generali ai Ministerului Sănătăţii d-nii:

Dr. Stoichiţă, Inspector general Sanitar, pentru medicina preventivă.

Dr. S. Tovaru, Docent Universitar, pentru medicina curativă.

Salarizarea medicilor şi personalului auxiliar

Prin modificările aduse Codului de salarizare a funcţionarilor publici s'au fixat următoarele salarii:

Medicii igienişti

Inspector gen. sanitar	19.000
Subinspector general sanitar	15.000
Medic şef al Capitalei	18.000
Medic subşef al Capitalei	17.000
Medic primar de judeţ	12.000
Medic şef de municipiu	11.000
Medic şef de oraş	11.000
Medic şef de port principal	11.000
Medic de circumscripţie urbană sau de port	10.000
Medic de circ. rurală	11.000

Medicii de spitale şi dispensare

Medic primar de spital	10.000
Medic de spital mixt cu circ. rurală	10.000
Medic de sp. mixt sau rural	9.500
Medic de dispensar	8.000
Medic asistent	7.000
Medic secundar	7.000

Medicii de laborator

Medic şef de lab. (igienă)	12.000
Medic şef de lab. (spital)	11.000
Medic de laborator	10.000
Asistent de laborator	8.000
Medic preparator	7.000
Medicii angajaţi pentru asistenţa medicală a funcţionarilor: Medic consultant	10.000

Farmaciştii

Farmacist inspector gen.	17.000
Farmacist şef	12.000
Farmacist	8.000

Asistentele sociale

Asistentă socială şefă	8.000
Asistentă socială principală	7.000
Asistentă socială	6.000

Personalul sanitar şi de Ocrotire auxiliar

Inspectoare de ocrotire	7.500
Revizoare de ocrotire	6.500
Soră de ocrotire	5.000
Agent sanitar	5.000
Oficiant sanitar	5.000—3.000
Soră de caritate	5.000—3.000
Supravegehtoare princip.	5.000—3.000

Prima sumă arătată în dreptul oficianţilor sanitari, surorilor de caritate şi al supraveghetoarelor principale este tipul de salariu care reprezintă drepturile de întreţinere şi cele plătite în numerar şi în raport cu care se calculează gradaţiile şi reţinerile la pensie. Cea de a doua sumă reprezintă drepturile de salariu plătite în numerar, la care se adaugă gradaţiile şi din care se scad reţinerile de pensie potrivit normelor arătate mai sus.

La toate salariile de mai sus se adaogă gradaţiile, conform legei

Hotărârile Ministerului Sănătăţei asupra eliberărei reţetelor medicale

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a dat următoarea decizie la începutul lunei Ianuarie:

ART. 1. — Toate Instituţiunile sanitare care dau consultaţiuni gratuite sau cu plată, pendinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale sau sub controlul său, precum şi cele particulare, sunt obligate a avea reţetele cu «en-tête»-ul lor, prevăzut cu timbrul sec al Colegiului medical judeţean respectiv, pe care vor face prescrieri de medicamente afară de cazurile când ele se execută chiar în farmaciile acelei instituţiuni.

ART. II. — Colegiul medical judeţean care aplică timbrul sec va dispune dacă să se încaseze sau nu taxa prevăzută de art. 9 al. e) din Decretul Lege pentu organizarea şi funcţionarea Colegiului Medicilor, în ceeace priveşte instituţiunile sus arătate.

ART. III. — Dispoziţiunile acestei deciziuni se aplică cu începere dela 1 Ianuarie 1941.

Materiale medicale pentru Clinici şi Eforii

Consiliul de miniştri a aprobat ca ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale să elibereze din depozitele sale, în măsura posibilităţilor, medicamente, pansamente, efecte sanitare, instrumente şi aparate medico-chirurgicale pentru înzestrarea epitropiei Aşezămintelor Sf. Spiridon, Aşezămintelor Brâncoveneşti, Eforiei Spitalelor Civile, Clinicelor universitare, etc.

Eliberarea materialelor se va face numai cu aprobarea persoanală a d-lui ministru al muncii, sănătăţei şi ocrotirilor sociale.

Dispoziţii pentru Laboratoarele de analize

Ministrul muncii, sănătăţei şi ocrotirilor sociale a dat o decizie prin care toţi medicii, farmaciştii şi chimiştii autorizaţi de a efectua analize medicale, de orice fel, sunt obligaţi să aibă o firmă care să cuprindă exclusiv numele şi calitatea celui care profesează.

Orice altfel de embleme sau menţiuni cu nume străine, fictive sau comerciale fiind interzise.

Celor care în prezent exercită această specialitate li se acordă pentru conformare un termen de 30 de zile.

Noul comitet al Societăţei de Gynecologie

Societatea de Gynecologie din Bucureşti, şi- aconstituit noul comitet pe anul 1941 în modul următor:

Preşedinte: D. profesor dr. Constantin Daniel.

Vice-preşedinţi: D. dr. *Alex. N. Popovici*, medic-primar şi d. dr. *Dan Mavrodin*, medic-primar.

Secretar-general: D. dr. *Mircea Ionescu.*

Secretari de Şedinţă: D. dr. *Gh. I. Mihăilescu* asistent universitar.

şi D. dr. *I. Popescu-Dolj.* asistent univestitar.

Moartea Profesorului Dr. Curt Adam

Profesorul Dr. Curt Adam, Directorul Academiei de perfecţionare medicală, a murit la Berlin, în vârstă de 65 ani.

Defunctul a fost profesor extraodinar de oftalmologie la Universitatea din Berlin. Cea mai răspândită din numeroasele sale lucrări a fost «Agenda der Oftamologie», care se bucură şi azi de mare trecere printre studenţii în medicină.

Unul din meritele deosebite ale Profesorului Dr. Adam este colaborarea sa la înfiinţarea şi desvoltarea studiilor de perfecţionare medicală. Până la încetarea sa din viaţă, a fost directorul Academiei berlineze de perfecţionare medicală, iar ca editor şi redactor al periodicului «Zeitschrift für ärztliche Fortbildung», a contribuit efectiv la progresul ştiinţei medicale.

Tratamentul
ŞANCRULUI MOALE
şi al complicaţiilor sale:

Prin injecţiuni intramusculare
cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL Prof. Dr. NICOLAU şi Dr. BANCIU
DIN SURSE POLIVALENTE DE BACILI DUCREY

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

Este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră, permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate Farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Reprezentanţei generale: BUCUREŞTI, Str. Regală 10. — Telefon 3.78.66.

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin ALBUCID

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător:*
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp, s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Aurel Vlaicu No. 33.

Schering

„ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE"

Influenţa vitaminei A asupra creşterei părului şi unghiilor

Dr. B. Schwemmler
Policlinica med. Giessen (Referat după Münch. med. Wachr. 1939 No. 32).

Observaţia făcută din întâmplare de *Schwemmler*, că doza zilnică de 3 drageuri de Vogan (Vitamină A), avea ca urmare o creştere mai puternică şi mai rapidă a bărbii, a fost motivul de a încerca sistematic Vagonul în căderea părului. In tireotoxicoze, în cari poate căderea părului este o urmare a lipsei de vitamina A. s'au dat zilnic de 3 ori câte 10 picături de Vogan. După 8—10 zile, la o fată de 18 ani cu uşoară tireotoxicoză şi o cădere a părului care până atunci nu putuse fi influenţată, rezultatul dorit a fost obţinut chiar după 6 zile. In căderea părului din timpul menstrelor sau sarcinei (din cauza unei hiperfuncţiuni tiroidiene?) Voganul a produs de asemeni ameliorare. La un bărbat de 27 de ani cu chelie, Voganul, luat timp de mai multe luni cu o pauză de 8 zile la fiecare 4 săptămâni a produs o creştere considerabilă în cantitate, grosime şi lungime. Măsurători făcute pe perii din barba bărbaţilor înainte de administrarea de Vogan, au dat de ex.: o creştere de 0.9—1.1 mm. în trei zile şi după Vogan (de 3 ori pe zi câte 6—10 picături) 1.2—1,5 mm. Creşterea în lungime era chiar mai mare cu dozele mici de Vogan decât cu cele mari. Cu dozele acestea mici (2 drageuri = 5 picături = 24.000 U. I. controlate biologic) şi creşterea unghiior era mai accentuată. Dozele mai mari n'aveau nici o acţiune sau un procedeu decât o creştere mai lentă. Observaţiile comunicate arată că vitamina A poate influenţa favorabil cheratinizarea epitelilor din foliculii piloşi şi patul ungueal. In timpul tratamentului cu Vogan, bolnavii cu tireotoxicoză se simţeau mult mai egali şi mai liniştiţi. Somnul era mai adânc şi mai reconfortant.

*

Observaţii preliminare despre o metodă nouă în tratamentul adenitelor şancroase (Ducrey) cu combinaţia medicamentoasă Fuadin-Uliron

Medic Căpitan Dr. M. Columban
(Din Rev. San. Mil. Nr. 6, 1940)

Combinaţia medicamentoasă *Fuadin-Uliron*, întrebuinţat cu rezultate strălucite în tratamentul limfogranulomatozei inguinale benigne (boala lui Nicolas-Favre) în toate formele, este în acelaş timp un mijloc eficace — putem spune eroic — şi în tratamentul medical al adenitelor şancroase (Ducrey). Vom cita o observaţe clinică foarte concludentă în acest sens, rezervându-ne pentru o dată ulterioară, o comunicare cuprinzând un număr mai mare de cazuri în curs de observaţie.

Faţă de modalităţile terapeutice întrebuinţate până acum în complicaţile şancrului moale (adenite în speţă), combinaţia *Fuadin-Uliron* permite următoarele avantaje :

1. Nu provoacă reacţii violente generale, cu febră, frisoane, etc., — atât de neplăcute şi chiar periculoase — ca agenţii piretoterapici (specifici şi nespecifici), a căror aplicaţie întâmpină din acest motiv, o listă lungă de contraindicaţii.

2. Nu necesită intervenţie chirurgicală.

3. Fenomenele generale şi subiective dispar foarte rapid.

4. Concomitent cu vindecarea adenitei asistăm şi la cicatrizarea rapidă a ulceraţiilor veneriene.

Observaţia: Cap. B. N. Boala a început printr'o leziune ulcerativă în şanţul *balano-preputial*, în ziua de 1 Maiu. La 5 Maiu a observat, că are dureri în regiunea inginală dr., la 2 zile a apărut o tumefacţie ganglionară mică, care a crescut vertiginos, durerile s'au accentuat din ce în ce mai mult, a apărut febră. In ziua de 13 Maiu a intrat în spital. La 15 Maiu se practică reacţia Frey, care este net negativă.

Starea prezentă. Pe şanţul balanopreputial o leziune ulcerativă mică rotundă, mare cât un bob de fasole, marginile regulate.

In regiunea inguinală dreaptă se observă o tumefacţie ganglionară foarte voluminoasă, cât un ou de gâscă, de consistenţă dură, foarte dureroasă spontan şi la palpare; tegumentul uşor roşu. Febră 39°. Cefalee, insomne, agitaţie, inapetenţă, frisoane. A început tratamentul în ziua de 18 Maiu, cu 6 tablete de *Uliron* pe zi şi *Fuadin* (5 cmc. la 2 zile). Chiar după o zi de tratament a constatat calmarea durerilor, a putut să doarmă liniştit noaptea (nu a putut dormi timp de 8 zile). A treia zi de tratament, temperatura revenită la normal, durerile atât cele spontane cât şi cele provocate prin palpaţie complet dispărute, bolnavul poate mânca cu poftă, poate umbla. La 22 Maiu tumefacţia diminuată la ½ din volumuli iniţial. La 25 Maiu se practică din nou reacţia Frey care e net negativă şi de data aceasta. La 26 Maiu ganglionul devine mic cât un bob de fasole, persistă încă o reacţie uşoară de periadenită. La 28 Maiu vindecare completă.

In cazul de mai sus, reacţia Frey — făcută în mod repetat cu controluri şi teste riguroase — a fost negativă de 2 ori. Caracterele şancrului, evoluţia rapidă şi acută a afecţiunei constitue tot atâtea argumente puternice în favoarea naturei şancroase (Ducrey) a adenitei care, tratată cu *Fuadin* (prima injecţie intramusculară 3 cmc. urmată de 5 cmc. din 2 în 2 zile) şi *Uliron* sub formă de tratament în atac (6 tablete în primele 2 zile apoi câte 4 pe zi, trei zile) s'a vindecat complet în 10 zile. Rezultatul imediat (în primele 2 zile de tratament) constând în dispariţia rapidă a fenomenelor subiective şi ameliorarea stării generale aşa de grave, a fost în adevăr impresionant atât pentru bolnav cât şi pentru medici.

*

Despre forma reacţiei de apărare în reumatism şi influenţabilitatea ei terapeutică prin tratamentul de imunizare nespecifică

H. Gehlen şi J. Frings
Institt. pentru studiul reumatismului Băile Statului, Aachen . D. M. W. 1949 Nr. 4, pag. 93

La bolnavi, a căror convalescenţă după o artrită infecţioasă acută, evolua prea lent, Paragen-ul a adus prompt la o ameliorare generală şi simptologică; resturile de exudat au dispărut, la fel hematuria care există mai înainte. In formele mixte de poliartrită cronică latentă şi în toxicozele reumatice focale, în care, după asanarea focarului fără tratamentul preventiv cu Prontosil-Pyramidon, se produseseră infecţiuni diseminate, Paragen-ul a avut efecte favorabile, dacă afecţiunea nu era prea înaintată şi prea gravă. Rezultatele minime cari au fost observate uneori cu Paragen sunt datorite turburărilor funcţiunii hepatice sau a SRE sau insuficienţei de vitamină C. In aceste cazuri, acţiunea Paragen-ului a putut fi mult ajutată de combinarea cu Campolon sau doze mari de C. Acţiunea nespecific-imunizată a Paragen-ului a putut fi dovedită prin mişcarea de acelaş sens a leucocitelor (creştere) în artritele infecţioase şi în formele mixte. In toxicozele focale pure, Paragen-ul nu are nici o influenţă asupra leucocitozei. Paragen este indicat întotdeauna în cazurile, în cari există o infecţiune prin diseminarea germenilor. Prin aceasta se explică şi deosebirile imunoterapiei nespecifice în poliartrite. Acolo unde nu există infecţie, terapia aceasta trebue să eşueze.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, Bucureşti I. Tel : 3.92.86.

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.

Str. Logofătul Tăut, 99

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

PREPARATE NOI

AMBESID

TABLETE

(0,40 gr. aminobenzolsulfamidă)

*

AMBESID

SOLUBIL

(sulfamidă succinanilidă sodică)

Tablete şi injecţii a 2 şi 5 cc.

Indicat în infecţiunile cu streptococi, meningococi, stafilococi şi gonococi.

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA ATOXICĂ ŞI FĂRĂ ACCIDENTE, A STREPTOCOCIILOR, STAFILOCOCIILOR, MENINGOCOCIILOR ŞI COLIBACILURIILOR SIMPLE ŞI ASOCIATE

PREVENTIV ŞI CURATIV

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie — Gripă — Scarlatină Pneumonie — Broncho - Pneumonie — Pleuresie — Angine — Strepto - Difterie — Otite — Mastoidite — Meningite — Flegmoane — Dermatite — Pielonefrite — Cistite — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

COMPRIMATELE

sunt singure suficiente, aproape în toate cazurile.

Adulţi : 6—12 pe zi.
Copii : Jumătate doză.

FIOLE

de 5 cc. = 0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramusculară.

Adulţi : 2 — 3 pe zi
Copii : Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, se pot administra doze de 15—20 comprimate pe zi, fără nici un inconvenient.

COLLUBIAZOL

Soluţie hidro-glicerinată de Rubiazol 5 %

Colutoriu pe bază de Rubiazol, pentru tratamentul local al infecţiunilor streptococice ale mucoaselor

CÂTEVA INDICAŢIUNI:

ANGINE roşii, purulente, pseudo - membranoase
STREPTO - DIFTERII. INFECŢIUNI RINO-FARINGIENE. STOMATITE. GINGIVITE. CERVICITE. VAGINITE ULCERAŢIUNILE COLULUI UTERIN.

NICI O IRITAŢIE — ACŢIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

Modul de întrebuinţare:

Instilaţiuni nasale: 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriţă la ½ pahar cu apă.
Pensulaţiuni: ale faringelui, amigdalelor şi gingiilor.
Spălături vaginale. 1 lingură la 1 litru de apă:
Badijonări ginecologice.

Laboratoires du Dr. ROUSSEL-PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21 38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX. No. 5 — 10 Lei Exemplarul — 1 Martie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. GH. TUDORANU: *Pneumococul şi tratamentul pneumoniei în lumina noilor cercetări* 49

Conf. Dr. ŞTEFAN TEODORESCU: *Câteva norme relativ la conducerea unui tratament antisifilitic* . . 50

Dr. AL. BĂDESCU şi Dr. A. ALEXANDRESCU: *Nefropatia gravidică* 54

Dr. PAUNESCU-PODEANU: *Mijloace noi în tratamentul hemoptiziei* 56

Dr. POPOVICIU V. şi Dr. LUNGU O.: *Autohemotherapia în tratamentul iritelor postoperatorii* . . . 58

ORGANIZAREA SANITARĂ

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Problemele actuale ale sănătăţei publice româneşti* 60

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Numiri la conducerea unor importante instituţii de sănătate; Noua comisie administrativă a Ministerului Sănătăţei; Noul regulament asupra stagiului Studenţilor în medicină în spitalele şi serviciile publice ale Statului; Noui comisii interimare la conducerea colegiilor medicilor; Noul director al Societăţii Liga pentru combaterea tuberculozei; Concursul de Internat la Spitalele publice din Bucureşti 61

Noui norme pentru numirile şi transferările medicilor; Pregătirea medicilor specialişti de care ţara are nevoe 63

Tabloul de internii reuşiţi la concursul de internat ţinut în anul 1940 la Ministerul Sănătăţei . . 64

NECROLOG

Profesor Dr. Ion Minea, scris de Dr. **State Drăgănescu** 64

Substanţa sintetică unitară, fără alcaloizi cu acţiune spasmolitică vastă şi efect analgezic puternic, fără acţiune hipnotică accesorie

DOLANTIN

Administrabil oral şi parenteral

Fiole, tablete, supozitoare

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
„ROMIGEFA" S.. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

Pentru susținerea sarcinei

Flavolutan

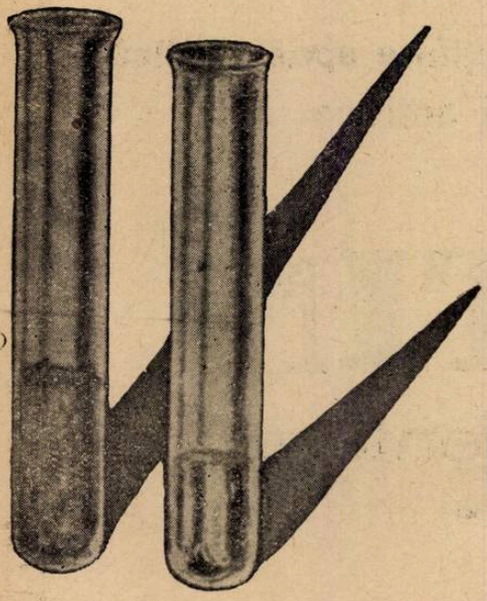
corp galben disolvat în uleiul germenului de grâu

Conține deci și vitamina E. Deceeia acțiune mărită a progesteronului asociat cu vitamina în tratamentul avortului habitual și iminent.

Alte indicațiuni: sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă.
Hemoragii (hiperplasii glandulare cistice, juvenile și climacterice)
Forme de prezentare: Fiole cu 2 și 5 mg (2 și 5 U. I.)

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

IN CISTITE, PIELITE ȘI PIELONEFRITE



desinfectarea căilor urinare

prin

NEOHEXAL

1814 125 ANI 1939
Dr. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA:

RUDOLF FOREK

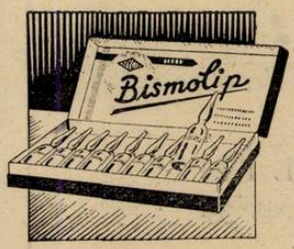
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

HYGEA

BISMJOCHIN INJECȚII

JODOBISMUTAT DE CHININ,
SUSPENSIE, CU 0,06
Bi. METALIC, PE
2. CMC.

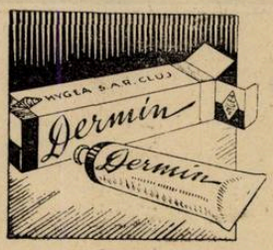
INFECȚIUNI SIFILITICE



BISMOLIP INJECȚII

BISMUTH CAMPHOCARBONIC,
SOLUȚIE OLEOASĂ 0,05
Bi. METALIC PE
1 CMC.

(Sifilis, Tabes, Lues visceral)



DERMIN UNGUENT

TUMENOL 5%
RESORCIN
SULF. PP.
ACID SALICYL.
ÁÁ 1%
TALCUM 15%
ZINC OXYD.
OL. JECORIS
ÁÁ 10%

Afecțiuni eczematoase și iritațiuni ale pielei

MYKOCID TINCTURA

JODO-PHEHOL - TRICHLOR - OXYAETHANOL -
DIOXYBENSOL - FORMOL - FUXIN - BORAT.

Micoze parazitare

HYGEA S. A. R. CLUJ
BUCUREȘTI
Splaiul Unirii, 127
TELEFON 4.22.44

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin ALBUCID

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător:*
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp. prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp. s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Aurel Vlaicu No. 33.

In receptura zilnică contra insomniei se prescrie

Phanodorm

Somniferul universal

După somn reconfortant redeşteptare cu senzaţie de vioiciune

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablete de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R. — Bucureşti I
Str. Brezoianu 53, Tel. 3.9285 şi 3.9286

„CHIMIROMAN"
Bucureşti I, Str. Th. G. Masaryk 32

Anul XIX No. 5 10 Lei Exemplarul 1 Martie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Pneumococul şi tratamentul pneumoniei în lumina nouilor cercetări*)

de Prof. Dr. GH. TUDORANU

Pneumonia este una din boalele în care cunoştinţele noastre au evoluat, atât în privinţa descrierii unui mare număr de tipuri de pneumococ, cât şi în privinţa seroterapiei specifice şi a chimioterapiei quasi-specifice.

Dela unicul tip morfologic, descoperit de *Fraenkel* şi *Talamon*, s'au descris în urmă patru tipuri microbiene pe baze serologice, iar astăzi numărul tipurilor de pneumococ se ridică la 32.

Perfecţionarea seroterapiei pentru fiecare tip aparte de pneumococ, întrebuinţarea epurelui ca animal de imunizare, pe de o parte şi folosirea sulfapiridinei în tratamentul pneumoniei în general, dar mai ales în pnemonia cu pneumococul tip III, au făcut să se realizeze un mare progres în terapeutică, prin micşorarea considerabilă a procentului mortalităţii.

In America procentul letalităţii este foarte ridicat şi de aceea cele mai multe studii asupra diferenţierii pneumococului, şi a tratamentului pneumoniei ne vin de peste ocean. In Europa, deşi moralitatea este mai redusă şi depinde de o serie de factori care ţin de om (bătrâneţe, alcool, graviditate) şi de microbi (tipul III), totuşi încercările cu o seroterapie specifică nu vor întârzia în cazurile grave, în care totul trebue de încercat.

Pentru aplicarea unei seroterapii specifice în pneumonie e nevoe, mai întâi, de identificarea tipului de pneumococ.

După o prealabilă diferenţiare a germenului din spută: cu albastru de metilen şi coloraţia Gram (gram pozitiv lanceolat), se face o identificare a tipului de peumococ, într'un timp foarte scurt, după metoda lui *Neufeld*.

Se amestecă o porţiune din spută cu ser antipneumococic şi o picătură de albastru de metilen. Se pune lamelă şi se examinează cu imersia. In cazul când pnemococul se găseşte în prezenţa serului homolog, în jurul pneumococului se desvoltă o capsulă umflată, caracteristică.

Pentru depistarea celor 32 de tipuri de pneumococ Americanii întrebuinţează următoarele amestecuri pe 6 lame:

A. Serul tip I, II şi IV
B. „ „ III, IV, V, VI şi VIII;
C. „ „ IX, XII, XIV, XI şi XVII;
D. „ „ X, XI, XIII, XX, XXII şi XXIV;
E. „ „ XVI, XVIII, XIX, XXI şi XXVIII;
F. „ „ XXIII, XXV, XXVII, XXIX, XXXI şi XXXII.

In cazul când sputa nu e destul de bogată în pneumococ, se inoculează 1 cm. de spută, diluată cu ser fiziologic, în peritoneul şoarecelui, animalul reactiv pentru pneumococ. După câteva ore, cu o pipetă Pasteur se face puncţia peritoneului şi se examinează exudatul ca mai sus, căutând a se identifica tipul de pneumococ.

După cum vom vedea mai departe, exudatul peritoneal ne va servi pentru titrarea aglutininelor şi determinarea anticorpilor, în legătură cu testul lui *Neufeld*, ca o indicaţie pentru seroterapie.

Odată ce s'a identificat tipul de pneumococ, în formele grave de pneumonie se recurge la tatamentul cu ser specific, al tipului de pneumococ găsit la bolnav.

Cele mai bune rezultate au fost obţinute la adulţi cu serul antipneumococic tip I, II, V, VII şi VIII, iar la copii cu tipul XIV. Seroterapia intravenoasă cu ser de iepure dă rezultate mult mai bune decât cu ser de cal, întrucât elimină reacţiile alergice, aşa de supărătoare, uneori. Rezultatele sunt cu atât mai bune, cu cât seroterapia e întrebuinţată mai la începutul boalei.

Durata injecţiilor depinde de mersul clinic şi de excesul de anticorpi din organism, ce se pot pune în evidenţă prin cutireacţia lui Francis şi căutarea anticorpilor din ser.

O cutireacţie pozitivă, efectuată cu polizacharidul pneumococic (pentru tipurile I, II, V, VII şi VIII), înseamnă un exces de anticorpi şi implică o încetare a seroterapiei.

Anticorpii din ser sunt puşi în evidenţă în modul următor: se inoculează în peritoneul şoarecelui spută dela bolnav şi se recoltează exudatul. O picătură din serul bolnavului se amestecă cu exudatul (centrifugat, spălat şi amestecat cu albastru de metilen), se pune la termostat jumătate de oră şi se examinează la microscop. Acelaş lucru se face şi cu diluţia de ser 1:5, 1:10 şi 1:20. Când serul bolnavului conţine un exces de anticorpi, aglutinarea şi capsula umflată se formează aproape imediat. O aglutinare şi încapsulare de 1:20 e o indicaţie că nu mai este nevoie de seroterapie.

In afară de seroterapie s'a întrebuinţat în tratamentul pneumoniei sulfamidele şi sulapiridina.

In America, unde procentul de mortalitate în pneumonie este mai ridicat, s'a întrebuinţat la început sulfamidele, în formele în care seroterapia, era contraindicată sau în care nu dădea rezultate satisfăcătoare, (pneumonia cu tipul III).

Astăzi sulfamidele au fost înlocuite cu sulfapiridina, substanţă cu acţiune bactericidă contra celor mai multe tipuri de pneumococ, dar mai ales contra pneumococului tip III şi a tipurilor dela XIV-XXXIII.

Acţiunea ei este foarte rapidă: temperatura bolnavilor scade în 8-48 ore dela începutul tratamentului, pulsul de asemenea se modifică, bolnavii însă se simt încă deprimaţi de efectele toxice ale medicamentului, lucru de care sunt scutiţi bolnavii trataţi cu ser.

Intrebuinţarea sufapiridinei nu e lipsită de reacţiuni toxice. Două treimi din bolnavi prezintă greaţă, iar o treime vărsături, simptomele se atenuiază dacă medicamentul e luat în lapte sau în alimente.

Ca accidente toxice mai puţin frecvente se citează anemia hemolitică, leucopenia, agranolocitoza, febra, erupţie morbiliformă şi cianoza. Complicaţiuni importante sunt: hematuria, azotemia şi oedemele.

In privinţa dozelor, cele mai dese ori, s'a întrebuinţat, iniţial, doza de 2 gr., urmată de 1 gr. la fiecare 4 ore, cât ţine febra; apoi 1 gr. la fiecare 6 ore, timp de 6-8 zile.

Atât seroterapia cât şi sulfapiridina pot fi întrebuinţate la acelaş bolnav.

Astfel la bolnavi cu tipul III, dacă sulfapiridina nu dă rezultate satisfăcătoare în 24 ore, se asociază tratamentul cu ser. Deasemenea bolnavii cu pneumococul tip I, II, V, VII, VIII şi XIV, în cazul când nu răspund favorabil la ser în 24 ore, se tratează cu sulfapiridină şi apoi cu seroterapie.

In Europa seroterapia e mai puţin întrebuinţată, în schimb însă tratamentul cu sulfapiridină a luat o extensiune din ce în ce mai mare.

*) *Cele mai multe date sunt luate din Medical Clinics of North America 1939 şi Jurnal of the American Medical Association, 1939 1940 şi 1941*

Deşi războiul actual a făcut să stagneze multe din cercetările ştiinţifice, totuşi sunt speranţe că, în curând, vor fi deslegate multe probleme, care până acum se credeau inatacabile.

Am arătat mai sus dificultatea de imunizare în pneumonia cu tipul III. deşi dificilă, totuşi se poate obţine, dacă se întrebuinţează cantităţi mari de imunoser corespunzător.

Cercetările experimentale făcute în ultimii ani la Institutul Rockefeller de către *Avery* şi *Goebel* (splendidă colaborare între un microbiolog şi un chimist) au arătat că se pot obţine mult mai uşor anticorpi specifici cu pneumococul tip III, dacă se face vaccinarea animalului cu *antigen bacterian artificial* compus din *polizaharidul pneumococului tip III* (prezent în capsulă şi care dă specificitatea de tip, dar care singur n'are putere antigenică) şi *globulina din serul de cal.*

Noua combinaţie chimică *zahăr-azoproteină* e capabilă să dea o specificitate serologică, care nu se putuse realiza până acum.

Cercetările n'au trecut până acum de frontiera laboratorului, dar e de prevăzut că extinderea lor în clinică nu va întârzia şi lupta contra pneumococului va fi cu mult uşurată.

Câteva norme relativ la conducerea unui tratament antisifilitic

de Conf Dr. STEFAN TEODORESCU

Adeseaori ne-a fost dat să vedem în practica noastră, că tratamentul sifilisului departe de a fi condus în conformitate cu un plan metodic şi după norme consacrate de experienţa sifiligrafilor de seamă, este pur şi simplu instituit la întâmplare, atât în ceeace priveşte momentul intervenţiei sale cât şi a dozelor şi asociaţiilor medicamentelor. In felul acesta nu numai că se pierde de cele mai multe ori momentul favorabil unei sterilizări, dar în acelaş timp, directiva generală a tratamentului nefiind aceia ce ar fi trebuit să fie, face din bolnav un candidat sigur nu numai pentru sifilisul nervos dar şi pentru alte manifestări tardive ale infecţiunii. De aceia, am crezut util să precizăm pe scurt aci, câteva date relativ la conducerea unui asemenea tratament, menite a constitui pentru medicul practic, mai puţin iniţiat în specialitatea sifiligrafică, o călăuză după care s'ar putea îndruma la nevoe. Această punere la punct o considerăm astăzi cu atât mai necesară, cu cât în ultimul timp s'a produs la noi o însemnată recrudescenţă a sifilisului în toate straturile societăţii.

De la început ţinem însă să observăm că o încercare de schematizare a tratamentului antisifilitic nu înseamnă câtuşi de puţin o uniformizare absolută a sa, ci numai jalonarea unor directive generale în jurul cărora urmează apoi să se *individualizeze* pe cât posibil tratamentul, în cazurile date, după gravitatea boalei, după vechimea sa şi apoi după vârsta şi toleranţa personală a bolnavului de tratat. In cadrul intoleranţelor personale nu trebue să se înţeleagă numai intoleranţele emonctoriale sau organice propriu zise, ci şi eventuale stări de idiosincrazie şi de sensibilizare. De aceste din urmă, ca şi de cele dintâi, se cuvine să ţinem cea mai mare socoteală în mânuirea medicaţiunilor antisifilitice şi în special a celor arsenicale, dacă nu dorim să ne expunem la mari neplăceri şi uneori chiar la adevărate dezastre terapeutice.

Inainte de a ne ocupa de directivele generale ale tratamentului antisifilitic, vom enumăra fiecare din medicaţiunile de care ne folosim actualmente în acest scop, amintind cu această ocazie, posologia fiecăruia dintre ele, modurile lor de administrare, contraindicaţiunile lor cât şi accidentele la care ele pot da naştere.

I. — Medicaţiunea arsenicală

Preparatele arsenicale întrebuinţate în tratamentul sifilisului, mai toate derivate din salvarsanul lui Ehrlich, sunt în general arsenicuri trivalente. Aceste preparate sunt numeroase şi comercializate sub nume diferite, după casele producătoare. Aşa avem neosalvarsanul, novarsenobenzolul, neo ICI, neoiacolul, neosalutanul, sulfarsenolul, solusalvarsanul, neoiacolul lichid, etc. Unele din ele ca neosalvarsanul, novarsenobenzolul, neosalutanul se administrează exclusiv pe cale intravenoasă, altele ca solusalvarsanul exclusiv, pe cale intramusculară, pe când altele ca sulfarsonalul, neo ICI, Neoiacolul se pot injecta şi intravenos şi intramuscular. Citâm apoi câteva preparate pentavalente care se administrează pe cale bucală ca treparsolul. spirocidul, stovarsolul, puţin active şi deci nerecomandabile.

Posologia arsenicalelor trivalente, printre care luăm ca tip neosalvarsanul, este următoarea:

Doza maximă ce se poate administra într'o injecţie este de 1—1½ ctgr. pe kilocorp. In scop de a tatona susceptibilitatea bolnavului, se începe însă totdeauna cu 1/6 din doza maximă, neatingându-se astfel decât abia la a 5-a sau a 6-a injecţiune doza maximă unitară. Doza totală ce se poate administra în cursul unei serii de tratament arsenical este de 8-10 ctgr. pe kilo corp. Pentru evitarea unor accidente, care ar putea fi datorite unei acumulări exagerate a arsenicului în organism, se recomandă ca doză maximă pentru oricare din preparatele arsenicale, doza de 0,60 ctgr., ritmul administrării diferitelor doze fiind următorul: între dozele I şi II se va lăsa un interval de 2-3 zile, între dozele II şi III, 3-4 zile, între dozele III şi IV, 4-5 zile şi între dozele IV un interval de 6-7 zile la bărbat şi 7 zile la femee.

Mai credem util a aminti aci că soluţiunile pe care le injectăm trebue să fie totdeauna perfect clare, să fie preparate numai în momentul injecţiunii şi administrate bolnavului la un moment cât mai îndepărtat de mesele principale, care trebue să fie mai reduse. Deasemenea medicaţiunea arsenicală este ma bine tolerată când soluţiunea de injectat este cât mai mult diluată, bolnavul în poziţie culcată, iar injecţiunea făcută cât mai încet (3—5 minute). Se mai recomandă ca în timpul tratamentului să se examineze urina bolnavului cel puţin de 2—3 ori pentru a putea surprinde vreo turburare hepatică sau renală care se manifestă prin prezenţa pe de o parte de pigmenţi şi săruri biliare, iar pe de altă parte de albuminurie, cilindrurie şi hematurie.

Accidentele medicaţiunii arsenicale

Accidente locale. In cazul unei injecţiuni paravenoase: dureri vii la locul injecţiunii cu tumefacţiunea regiunii şi cu producerea uneori de escare. Tratamentul acestui accident constă în pansamente umede făcute cu o soluţie de borat de sodiu 1—2% şi schimbate cât mai des.

Accidente generale. Uşoare: gust neplăcut, greaţă, vărsături, cefalee, febră, stări congestive pasagere ale feţei, enterite, reacţiuni Herxheimer (apar între 3 şi 24 ore de la injecţiune şi constau într'o exagerare a manifestaţiunilor cutanate specifice asociată cu turburări generale, care sunt datorite unei acţiuni prea intense a medicaţiunii asupra spirocheţilor); erupţiuni cutanate sub forma de exanteme morbiliforme şi scarlatiniforme (eritemo de a 9-a zi) herpes zoster, erupţiuni lichenoide, hiperkeratoze, melanoze, rare ori stomatite şi în fine în complexul angio-neurotic, *criza nitriotoidă uşoară* cu cele două faze ale ei, faza congestivă şi faza de paloare. *Serioase. Ictere* în timpul sau după terminarea tratamentului, primele, icterele pre-

CARDIAZOL

ca **analeptic**

medicament al circulației și stimulent respirator.

1-2 cmc. subcutanat, intramuscular sau intravenos, la nevoie la fiecare ½ sau 1 oră.

ca **reanimator**

în narcoze și intoxicațiile grave.

2-3 cmc. intravenos și 3-5 cmc. intramuscular.

pentru **spasmoterapia**

din schizofrenie.

5 cmc. intravenos (1 cmc. pe secundă).

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN.

KNOLL S.A.R., Str. Atena 29, BUCUREȘTI 3.

Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

IN TUSEA CONVULSIVĂ
IN ASTMUL CRONIC
IN EMFIZEM

FIOLE
CAPSULE
SIROP

EUCALYPTINE LE BRUN

CALMEAZĂ TUSEA
DĂ BOLNAVILOR O
SENZAȚIE IMEDIATĂ DE
BUNĂ DISPOZIȚIE

LABORATOIRES LE BRUN, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e)

PROFILAXIE DE POST-PARTUM ȘI A URMĂRILOR OPERATORII

MICTASOL BLEU

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Albastru de metilen . 0 gr. 02
Camfora monobromata 0 gr. 02
pentru un comprimat

MICTAZINE

Para-Amino-Fenil-Sulfamid . 0 gr. 30
Malva purpurea . . . . . 0 gr. 15
Bromură de camforă . . . . 0 gr. 02
pentru un comprimat.

MICTASOL

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Hexamethilen tetramin 0 gr. 05
Camfora monobromata 0 gr. 02
6 la 9 comprimate pe zi

MICTASOL SUPOZITORII

Malva purpurea . . . 0 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 25
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Stovaină . . . . . 0 gr. 01
1 până la 3 pe zi

MICTASOVULE

(Ovule cu Mictasol)
Malva purpurea . . . 1 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 50
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Glicerină solidificată Q. S. pentru un ovul. 1 până la 2 pe zi

LABORATOIRES DU MICTASOL, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE:

DEPOZIT PERMANENT
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

coce sunt considerate de unii autori de natură specifică, iar de alţii de natură toxică, cele tradive sunt totdeauna de natură toxică. *Neurorecidive* (apar între 2 şi 8 săptămâni de la sfârşitul tratatmentului cu cefalee, ameţeli, febră şi stări convulsive, simptome care sunt datorite unui tratament insuficient), turburări cardiace (palpitaţiuni, dureri precordiale), eritrodermii generalizate (în timpul sau după terminarea tratamentului). *Mortale. Crize nitritoide grave* (imediat după injecţiune sau în primele 24—28 ore), *ictere grave tardive* şi *encefalite homoragice grave* sau *apoplexii seroase* (apar în general în sifilisul secundar, după a doua sau a treia injecţiune cu starea generală rea, febră, cefalee, greaţă, vărsături, contracturi epileptiforme, hemiplegii şi paraplegii, stare comatoasă).

Tratamentul accidentelor grave datorite medicaţiunii arsenicale

Tratamentul *encefalitelor hemoragice* constă în injecţiuni de adrenalină 2—6 milgrame pe zi, repartizate în doze de câte 1 miligram (1 cmc. din soluţia 1‰) făcute la un interval de 2—3 ore, venisecţie, puncţie lombară, tonicardiace, pungă de ghiaţă la cap, etc. In caz de remitere a bolnavului, medicaţiunea arsenicală va fi suprimată pentru totdeauna din tratamentul său.

Tratamentul crizelor nitritoide grave constă în faza congestivă pe lângă aplicarea unei pungi de ghiaţă pe cap, în administrarea de adrenalină 1—6 miligrame pe zi, iar în faza de paloare cu puls fîliform şi rapid, în administrarea de tonicardiace. Medicaţiunea arsenicală va fi de asemeni suprimată pentru totdeauna.

Tratamentul icterelor grave tardive constă în tratamentul medical obişnuit în cursul acestui sindrom. Medicaţiunea arsenicală va fi şi aci suprimată pentru totdeauna din tratamentul bolnavului.

Tratamentul eritrodermiilor generalizate constă în îngrijiri dermatologice după felul erupţiunii, administrare la interior de hiposulfit de sodiu 3—4 grame pe zi, extracte hepatice, regim dietetic, etc. Medicaţiunea arsenicală va fi exclusă pentru totdeauna din tratamentul bolnavului.

Pentru preîntâmpinarea unora din accidentele generale datorite medicaţiunii arsenicale trebue să se ţie seama de stările de idiosincrazie, de stările de sensibilizare şi de contraindicaţiunile acestei medicaţiuni.

Idiosincrazia, stare care se poate întâlni la unii bolnavi, cari sunt intoleranţi de la început pentru o cantitate oricât de mică de arsenic, reclamă din partea noastră cele mai precaute măsuri pe care trebue să le luăm în astfel de cazuri. Pentru a tatona susceptibilitatea organismului bolnavului pentru arsenic, vom administra la începutul primului tratament arsenical, doze cât mai mici din această medicaţiune şi în felul acesta dacă va fi vorba de o idiosincrazie, accidentele ce vor surveni vor fi de minimă importanţă. Bine înţeles că în acest caz, medicaţiunea arsenicală va trebui să fie exclusă pentru totdeauna dintre mijloacele terapeutice pe care acest bolnav le-ar mai putea folosi vreodată.

Sensibilizarea. In această stare, va trebui să ţinem seama că accidentele pot surveni în orice moment al tratamentului şi cu oricare din preparatele întrebuinţate, chiar dacă aceste preparate au fost bine tolerate vreme îndelungată, uneori chiar un lung şir de ani. Pentru depistarea fenomenului de sensibilizare, care după cum am văzut se stabileşte cu timpul, vom uza de aceeaşi precauţiune ca la instituirea primului tratament, fiecare nouă serie trebuind să fie începută cu doze mici. Dacă la o cantitate oarecare s'a produs din partea organismului cea mai mică reacţiune de netoleranţă, la injecţiunea următoare se va micşora neapărat doza acestui medicament, iar dacă şi de data aceasta se va produce aceaşi reacţiune, vom renunţa atunci în mod definitiv la administrarea ei.

Trebue să mai observăm aci că numeroasele încercări care au fost făcute până în prezent de diferiţi cercetători în vederea unei desensibilizări a organismului pentru posibilitatea reluării unui tratament arsenical, nu au dat, cel puţin cu tehnica întrebuinţată până acum, nici un rezultat satisfăcător. Prin urmare neputându-se conta încă pe un procedeu sigur de desensibilizare a organismului, nu ne rămâne alteeva de făcut în aceste cazuri decât de a îndepărta pentru totdeauna din terapeutica bolnavului, medicamentul faţă de care el s'a sensibilizat.

Contraindicaţiuni: Miocardite, asistolii, aortite avansate, angină de piept, anevrisme, hipertensiune şi hipotensiune arterială, stări pronunţate de anemie, hemofilii, laringite bacilare, tuberculoze pulmonare cu hemoptizii, ciroze ale ficatului, ictere, diabet grav, nefrite, ulcere gastrice, gastroenterite, leziuni oculare şi auditive, stări febrile, stări cachectice, senilitate cu arterio-scleroză, hemiplegii prin hemoragii cerebrale, neurastenie, alcoolism.

II. Medicaţiunea bismutică.

Preparate liposolubile (în curele de atac): Bivatol, Medobis, Neoolesal, Neocardil, Lecibis, Pentabi, etc.

Preparate insolubile (în curele de siguranţă): Muthanol, Casbis, Bismogenol, Iodobismuthol, Iodobismutat de chinină, etc.

Posologia bismutului este următoarea: doza pentru o injecţie este de 1 miligram de bismut metalic pe kilo corp. La noul născut această doză poate fi uşor întrecută, putându-se chiar ajunge până la doza de 2 miligrame pe kilo corp. Se fac de obicei câte 2 injecţiuni pe săptămână, putându-se merge pentru o serie completă la adult, până la doza totală de 1 ctgr. de bismut metalic pe kilo corp, doză care la noul născut poate ajunge chiar până la aproape 2 ctgr. de bismut metalic pe kilo corp. In timpul tratamentului se recomandă a se cerceta destul de des urina, din punct de vedere al albuminei, cilindruriei şi hematuriei pentru a putea surprinde începutul unei iritaţiuni renale. Se recomandă de asemeni ca bolnavul să-şi menţie dinţii şi gura într'o stare de perfectă curăţenie prin gargarisme repetate cât mai des cu o soluţiune uşor antiseptică.

Accidentele medicaţiunii bismutice.

Accidente locale: Kiste oleioase, abcese aseptice profunde pentru care este indicat un tratament medico-chirurgical şi embolii bismutice locale (dermita livedoidă Nicolau).

Accidente genereale: Gripa bismutică cu febră, greaţă, vărsături, cefalee, dureri musculare şi asthenie, stomatite, turburări gastro-intestinale, foarte rare ori cirze nitritoide, neurorecidive, polinevrite, unele alteraţiuni sanguine şi în fine erupţiuni cutanate constând din urticarie, exanteme papulo-veziculoase şi scarlatiniforme, purpura, eritrodermii generalizate.

Tratamentul accidentelor bismutice generale constă pe lângă suprimarea imediată a medicaţiunii, în tratamentul simptomatic al fiecărei turburări.

Pentru evitarea unora din accidentele datorite preparatelor bismutice, trebue să se ţină seama şi aci de stările de idiosincrazie, de sensibilizare şi de contraindicaţiunile acestei medicaţiuni.

In ceeace priveşte *idiosincrazia* la bismut, ea este mult mai rar întâlnită în comparaţie cu idiosincrazia la preparatele arsenicale. Este bine totuşi să tatonăm şi aci, ca şi la arsenic, starea de toleranţă a bolnavului, începând tot cu doze mai mici.

In privinţa stărilor de *sensibilizare* provocate de administrarea preparatelor bismutice, acestea sunt şi ele mult mai puţin frecvente ca cele provocate de preparatele arsenicale. Vom proceda la fel ca şi în cazul acestora din urmă.

Contraindicaţiuni. O stare rea a dinţilor şi mucoasei bucale, dermite acu-

te generalizate, nefrite, tuberculoze pulmonare, afecţiuni cardiace necompensate şi leziuni hepatice care nu sunt de natură sifilitică. In general atenţiune la orice leziune organică cu tendinţă congestivă.

III. — Medicaţiunea mercurială

La adult

Dozarea diferitelor forme medicamentoase

Calea digestivă. Se pot prescrie în unele cazuri vechile pilule ale lui Ricord, puţin active şi care se formulează astfel: Protoiodur de Hg. 0,05 ctgr., extract thebaic 0,01 ctgr. Excipient şi glicerină q. s. pentru o pilulă. Nr. 40. Câte 1-2 pe zi, după toleranţa gastro-intestinală, timp de 20 de zile, după care urmează o pauză de 5-6 săptămâni.

Se mai poate prescrie şi calomelul, în felul următor: Calomel 0,03 ctgr., lactoză 0,50 ctgr. Pentru un pachet. Câte două pachete pe zi, după mesele principale, cu pauză de 1-2 zile în caz de turburări gastro-intestinale sau început de stomatită. Tratamentul poate dura 20-25 zile, adică până la 1 gr. 50 de sare mercurială.

Calea cutanată. Fricţiuni cu 5-6-7 grale de ungt. cinereu forte asociat în părţi egale cu vaselină sau axonge benzoinată. In total 20-24 fricţiuni pentru o serie, cu câte o pauză de o zi după fiecare 4 sau 6 fricţiuni. Pauze între serii de 7-8 săptămâni. Se formulează astfel: Ungt. cinereu forte şi vaselină aa. Pentru un pachet cerat.

Calea rectală. Se pot administra supozitoare de Hg. în care doza de mercur metalic este de 3 ctgr. pe supozitor. Se recomandă câte unul pe zi, timp de 10-12 zile, după care se face o pauză de 5-6 săptămâni. Se formulează astfel: Mercur viu 0,03 ctgr. vaselină sau lanolină 0,30 ctgr. unt de cacao 4 gr., pentru un supozitor.

Injecţiuni intramusculare. Săruri solubile: Biiodura de Hg. Se poate injecta această sare de Hg. în doza de 0,02-0,03 ctgr. pentru o injecţie, la un interval de 3-4 zile. In total 20-25 ctgr. de biiodură de Hg. pentru un adult de 60-70 kgr. Pauze între serii de 7-8 săptămâni.

Se formulează în felul următor: Biiodur de Hg. 1 gr. iodură de sodiu 1 gr. apă distilată 100 cmc. Fiecare cmc. de soluţie conţine un centigram de biiodură de Hg.

Se mai poate utiliza şi benzoatul de Hg. în aceeaşi doză ca şi biiodura.

Săruri insolubile. Calomelul. Pentru o injecţie doza maximă este de 1 ctgr. pe 10 kilo corp, câte o injecţie pe săptămână, doza globală pentru o serie fiind de 1 ctgr. pe kilo corp. Pauza între serii de 8-10 săptămâni. Se formulează astfel: Calomel à la vapeur 1 gr., camfor pur şi guaiacol sintetic aa. 1 gr., ol. olivae steril 10 cmc. In flacon sterilizat înainte de introducerea medicaţiunii. Fiecare cmc. conţine 10 ctgr. de calomel.

Huile grise. Se prescriu flacoane de Huile grise Vigier în concentraţie de 40%. Se injectează cu siringa Barthélemy. Fiecare diviziune a acestei siringi corespunde la 1 ctgr. de mercur metalic.

Pentru o injecţie, doza maximă este de 1 ctgr. pe 10 kilo corp; se practică câte o injecţie pe săptămână, doza globală pentru o serie fiind de 1 ctgr. pe kilo corp. Pauze între serii de 8-10 săptămâni.

Injecţiuni intravenoase. Cianura de Hg. (mare atenţiune pentru a nu se injecta paravenos). Doza pentru o injecţie este de 0,01 ctgr. până la 0,015 ctgr. zilnic sau la un interval de 2 zile. Doza globală este de 20-25 ctgr. pentru un adult în greutate de 60-70 kgr. Pauze între serii de 6-8 săptămâni.

Se formulează astfel: Cianură de Hg. 0,30 ctgr., apă distilată 60 cmc., 1 cmc. conţine ½ ctgr. de cianură de Hg.

In timpul tratamentului cu mercur, trebue să recomandăm bolnavului ca dantura şi cavitatea bucală să fie ţinute în stare de perfectă curăţenie prin gargarisme repetate de câteva ori pe zi cu soluţii uşor antiseptice. In acelaş timp, pentru prevenirea iritaţiunilor renale, se va cerceta din când în când urina, din punct de vedere al albuminei, cilindruriei şi hematuriei.

La noul născut şi copil

Calea bucală. Biclorură de Hg. soluţie 1 la 1000. Se formulează astfel: Biclorură de Hg. 1 gr. apă distilată 1000 gr. (Liq. lui Van Swieten). Se administrează astfel: Până la 3 ani X gute pe kilo corp, de la 3-8 ani, 3-4 miligrame pe zi, adică până la o linguriţă de cafea, iar de la 8-15 ani 1-1½ ctgr. pe zi, adică 2-3 linguriţe de cafea, totdeauna după mese şi în puţin lapte. Tratamentul poate dura 10-12 zile.

După Milian se poate administra la copilul mai mare şi calomelul în doză de 1 ctgr. pe zi, timp de 10-15 zile.

Se formulează astfel: Calomel 0,01 ctgr. glicerofosfat de calciu 0,25 ctgr. bismut subnitric 0,75 ctgr. Pentru un pachet sau cachet.

Calea cutanată. Fricţiuni mercuriale cu ungt. cinereu forte asociat în părţi egale cu vaselină sau axonge benzoinată. Se formulează astfel: Ungt. cinereu forte, axonge benzoinată aa. Pentru un pachet cerat. Se prescrie 1 gram până la etatea de o lună, 2 grame până la 1 an, 3 grame până la 10—15 ani; în total 20—24 fricţiuni pentru o serie, cu câte o pauză de o zi după fiecare 4 sau 6 fricţiuni. Pauze între serii de 6—8 săptămâni.

Calea rectală. La copilul mai mare de 8 ani se poate prescrie câte un centigram de Hg. pe supozitor.

Se formulează astfel: Mercur viu 0,01 ctg., lanolină sau vaselină 0,30 ctgr. unt de cacao 4 gr. Pentru un supozitor. Se poate administra în fiecare zi câte un supozitor, timp de 10 zile, cu pauze între serii de 30—40 de zile.

Injecţiuni intravenoase. La noul născut se pot administra injecţiuni de cianură de Hg. numai în mod excepţional şi anume în caz de meningite sifilitice în doză de un miligram zilnic. Pentru o serie complectă 10—12 miligrame de cianură de Hg. La copilul mai mare doza variază de la 1/4 ctgr. - 1 ctgr. zilnic, după vârstă, în total 10—12 ctgr. pentru o serie. Pauze între serii de 6—8 săptămâni.

Se formulează astfel: Cianură de Hg. 0,02 ctgr., apă distilată 20 cmc. Fiecare cmc. conţine un miligram de cianură de Hg.

Injecţiuni intramusculare. Săruri solubile. Benzoatul de Hg. se prescrie 1/3 de miligram până la ½ miligram pe kilo corp pentru o injecţie. Se fac câte 2 injecţiuni pe săptămână. In total 10—12 injecţiuni.

După Lacapère se formulează astfel: Benzoat de Hg. 0,10 ctgr., ser clorurat izotonic 20 cmc. Fiecare cmc. conţine câte 5 miligrame de benzoat de Hg.

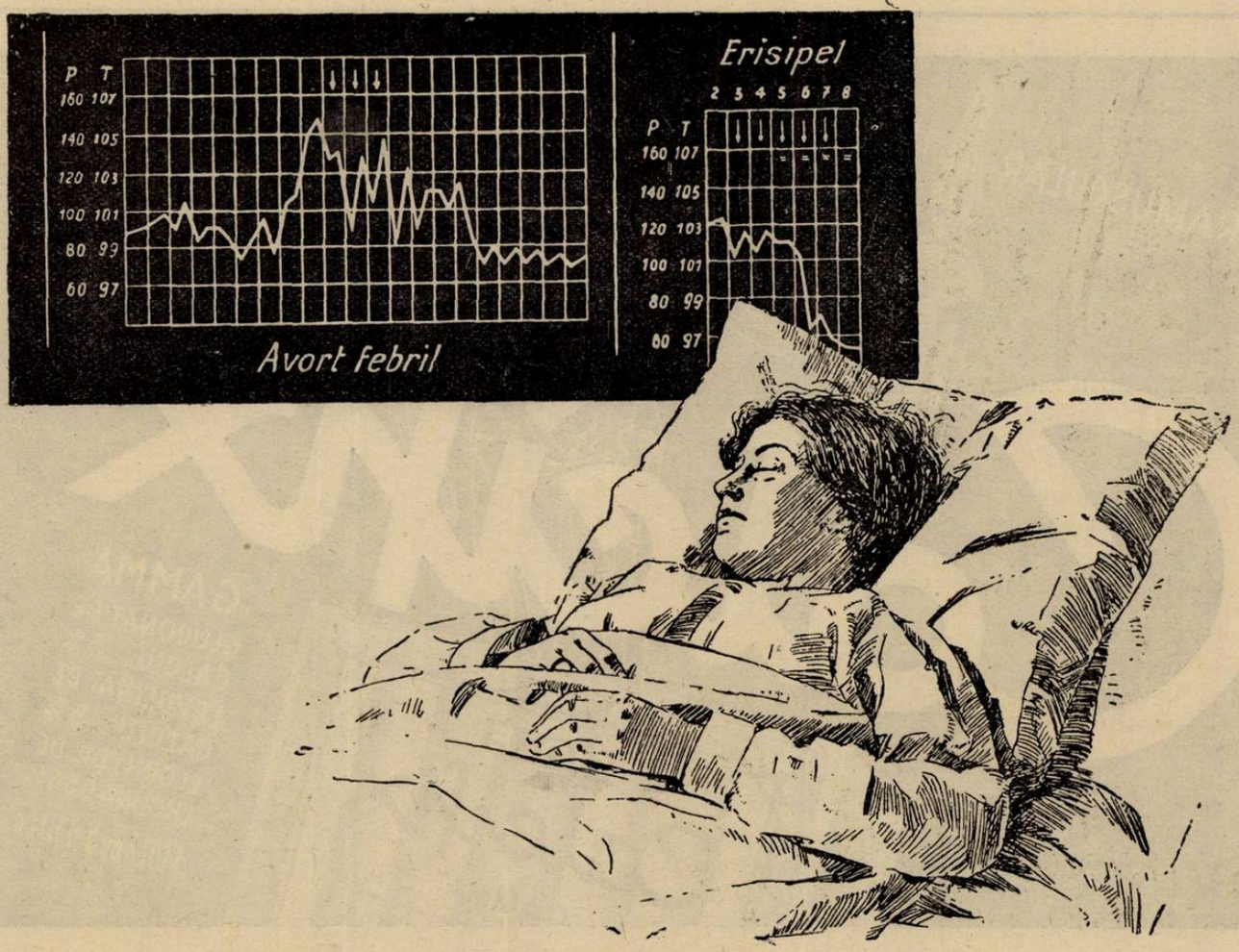
Săruri insolubile (în general de evitat la copil). Se poate totuşi prescrie calomelul, în unele cazuri, în doză pentru o injecţie de 1 miligram pe kilo corp, o injecţiune pe săptămână, putându-se ajunge la doza totală pentru o serie de 1 ctgr. pe kilo corp.

Se formulează astfel: Calomel à la vapeur 0,10 ctgr., ulei de olivae sterilizat sau ulei de vaselină lichidă 10 gr. Fiecare cmc. conţine 1 ctgr. de calomel.

Băi de sublimat. Pentru o baie de 20—30 de litri de apă este necesar 1 gr. — 1½ gr. de sublimat în cade care să nu fie de metal.

Accidente mercuriale. Stomatite cu ulceraţiuni ale limbei şi cavităţii bucale ce se pot întinde şi până la faringe, colite şi enterite dizenteriforme putând merge uneori până la necroze intestinale, stări febrile, eretism cardiac, anemii, scoborâre a tensiunii arteriale, nefrite cu albuminurii şi cilindrurii, tremurături, rare paralizii, reacţiuni Herxheimer, erupţiuni cutanate în care intră eritemul mercurial simplu (roşeaţă, oedem, prurit, veziculaţie şi descuamaţie abundentă) si eritemul mercurial piodermizat cu evoluţie cronică (exudaţie abundentă, piodermizare şi formare de depozite mari de scaume şi cruste) şi în fine enantheme.

Tratamentul accidentelor mercuriale.



Prontosil

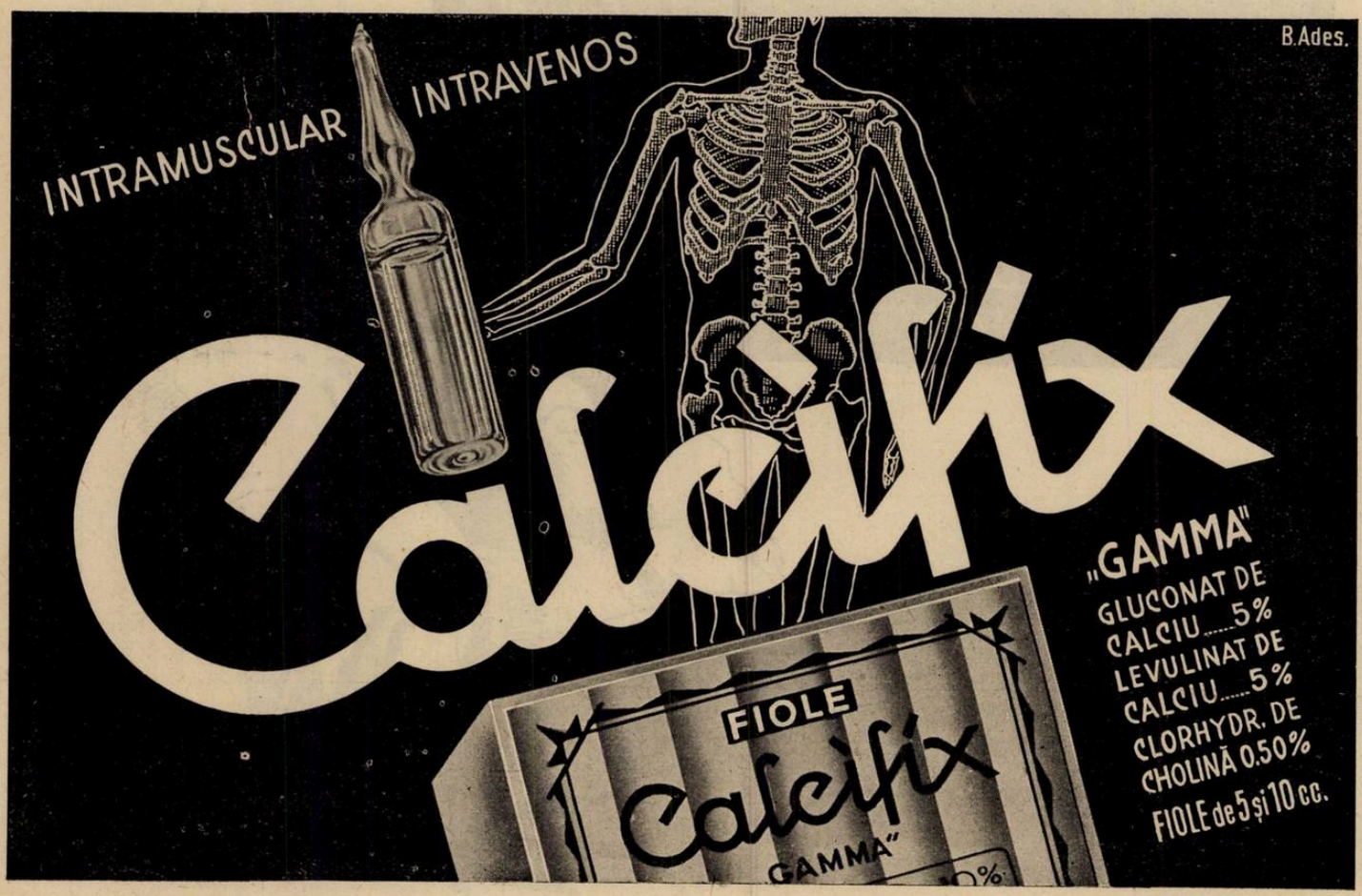
In toate infecţiunile streptococice. Activ şi în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecţioase cistite şi pielite.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

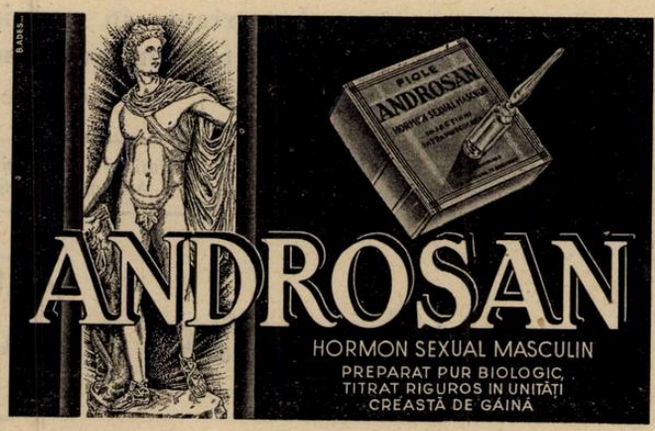
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel.: 3-9286.



ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

Suspendarea imediată a tratamentului mercurial cu o terapeutică simptomatică locală și generală (regim dietetic, hiposulfit de sodiu 3-4 grame pe zi, extracte hepatice, etc.).

Idiosincrazie. In stările de idiosincrazie pentru mercur, vom proceda în acelaș fel ca în stările similare provocate de preparatele arsenicale și bismutice.

Sensibilizare. Aceleași măsuri de luat ca și în stările de sensibilizare ce se produc cu preparatele arsenicale și bismutice. Trebue observat însă că în cazul mercurului stările de sensibilizare ale organismului sunt relativ mai puțin frecvente.

Contraindicațiuni. O stare rea a dinților și mucoasei bucale, dermite acute generalizate, gastrite sau gastro-enterite și nefrite cu albuminurii și cilindrurii de natură nesifilitică.

IV. — Medicațiunea iodurată

Iodura de potasiu, un preparat activ care conține 76% iod.

Posologia. La adult. Doza zilnică este de 3—6 grame, putându-se administra această doză timp de 10—15 zile, cu posibilitatea de a relua acest tratament în caz de nevoe după o pauză de 5—6 săptămâni.

In cazul când iodura de potasiu nu este bine tolerată, se poate formula după Balzer astfel : Iodura de potasiu 20 gr., antipirina 5 gr., bromură de potasiu 10 gr., extract de belladona 0.20 ctgr., apă distil. 300 gr. câte 3—4 linguriță pe zi, putându-se ajunge și la 3—4 linguri zilnic. Când această medicațiune nu este tolerată de organism nici după prescripțiunea de mai sus, ea se poate atunci înlocui cu preparatele organice de iod a căror toleranță este mult mai mare.

La noul născut doza de iodură de potasiu este de 0,10—0.20 ctgr. pe zi. Se urmează cu această doză 10—12 zile.

La copilul până la 10—15 ani doza zilnică este de 0,20 ctgr. pe anul de vârstă. Se poate urma cu această doză 10—15 zile.

Accidente iodice. **Gust metalic, sialorhee,** miros fetid al respirațiuni, gripă iodică cu (febră, coriza, conjunctivită, cefalee, nevralgii, dispnee, bronșită, greață, vărsături), oedeme ale glotei sau pulmonare, nefrite cu albuminurii și hematurii mergând până la anurii, iar dintre erupțiunile cutanate urticaria, erupțiuni buloase și tuberoase, acneea și purpura.

Pentru preîntâmpinarea accidentelor iodice, datorite unor stări de *idiosincrazie* sau de *sensibilizare* se va proceda la fel ca și în cazurile similare provocate de celelalte medicațiuni antiluetice.

Contraindicațiuni. In general orice leziune cu tendință congestivă, laringite de orice natură ce pot conduce până la oedeme de glotă, tuberculoze pulmonare, nefrite acute cu cantități mici de urină, leziuni retiniene cu tendință hemoragică.

Tratamentul antisifilitic în diferitele faze ale infecțiunei

După ce am studiat pe scurt fiecare din medicațiunile antisifilitice pe care le avem actualmente la dispoziția noastră, să vedem acum modul în care trebue condus un tratament antisifitic la categoria de bolnavi perfect toleranți pentru toate medicamentele specifice și în diferitele perioade ale infecțiunii.

1. *Tratament preventiv* (imediat după contactul considerat infectant).

Acest fel de tratament își avea mai de mult indicațiunea sa când se socotea că pentru el nu era nevoe decât de o singură cură, fie pur arsenicală, fie arseno-mercurială sau arseno-bismutică.

Decarece însă în ultimul timp cei mai mulți autori au reclamat pentru tratamentul preventiv cure repetate de 2—5 ani, tendința actuală este de a se renunța la acest fel de tratament, ținând însă sub strictă supraveghere persoana bănuită ca infectată și instituind la prima manifestare clinică un tratament abortiv.

2. *In perioada primară* (sifilom primar).

a) *Perioada sero-negativă. Tratament abortiv.* Tratament de 1—2 ani. 4 serii pe an, pauze între serii de 5—6 săptămâni. Tratament arseno-bismutic (bismu liposolubil) și arseno-mercurial (săruri solubile de Hg.) cu control clinic și seorlogic anual, timp de 2-3 ani. Control al lichidului cefalo-rachidian după complectarea tratamentului.

b) *Perioada sero-pozitivă.* Tratament de 2—3 ani. 4 serii pe an. Pauze între serii de 5—6 săptămâni. Tratament arseno-bismutic (bismut liposulubil) și arseno-mercurial (săruri solubile de Hg.) cu control clinic și serologic anual timp de 4—5 ani. De asemeni control al lichidului cefalo-rachidian.

3. *In perioada secundară* (manifestațiuni cutanate generalizate și sifilis vascular). Tratament intens de 4 ani. 4 serii pe an, anii I, II și III și 3 serii anul al IV-lea. Pauze între serii 5—7 săptămâni. Tratament arseno-bismutic (bismut liposolubil) și arseno-mercurial (săruri solubile de Hg). Serii de siguranță anul V, VI și VII cu bismut (liposolubil și insolubil) și mercur (săruri solubile și insolubile) câte 2—3 serii pe an. Control clinic și serologic în fiecare an, timp de câțiva ani. Courtol al lichidului cefalo-rachidian în anul IV al infecțiunii.

4. *In perioada terțiară.* Manifestațiuni cutanate terțiare. Tratament 5—6 ani. Primii 3—4 ani câte 3—4 serii pe an cu pauze între serii de 5—8 săptămâni (după vârsta bolnavului). Medicațiunea va fi arseno-bismutică (bismu liposolubil) și arseno-mercurială (săruri solubile de Hg.) asociată cu iodura de potasiu. Ultimii 2—4 ani serii de siguranță formate din preparate bismutice liposolubile și insolubile, alternând cu preparate mercuriale, de preferință insolubile, câte 2—3 serii anual. Control clinic și serologic în fiecare an, la care se adaogă un control de lichid cefalo-rachidian.

5. *In caz de sifilis latent clinicește dar cu serologie pozitivă.* Acelaș tratament ca și în cazul sifilisului cutanat terțiar. Control clinic și serologic anual și control al lichidului cefalo-rachidian.

6. *In caz de sifilis latent clinicește și serologic* (se încearcă reactivarea).

Tratament în funcție de rezultatul examenului cefalo-rachidian și de rezultatul reactivării. Tratament 3—5 ani cu 3—4 serii pe an, folosind medicațiunea arseno-bismutică (bismut liposolubil) și arseno-mercurială (săruri solubile de Hg.). Control clinic anual și al lichidului cefalo-rachidian.

7. *Tratamentul sifilisului hereditar precoce.*

Tratament intens 3—4 ani, 3—4 serii pe an. Pauze între serii de 6—8 săptămâni. Tratament arseno-bismutic (bismut liposolubil) și arseno-mercurial (săruri solubile de Hg.). Tratament de siguranță mercurial (săruri solubile) și bismutic (bismut lposolubil și insolubil) anii IV, V, VI și VII cu supravegherea întregii perioade de creștere a copilului. Control clinic și serologic anual și al lichdului cefalo-rachidian.

8. *Tratamentul sifilisului hereditar tardiv.*

Tratament 4—6—10 ani cu supravegherea întregii perioade de desvoltare a copilului. In primii 3—4 ani, 3—4 serii pe an, cu pauze între serii de 6—8 săptămâni, folosind medicațiunea arseno-mercurială (săruri solubile și insolubile de Hg.) și arseno-bismutică bismut liposolubil și insolubil), asociată cu medicațiunea iodurată. In ultimii ani câte 2—3 cure de siguranță pe an cu bismut și mercur (solubil și insolubil), asociat cu iodura de potasiu. Control clinic și serologic anual și control al lichidului cefalo-rachidian.

NEFROPATIA GRAVIDICA

de Dr. Al. BĂDESCU și Dr. A. ALEXANDRESCU

Nefropatia gravidică, afecțiune studiată în ultimul timp de Pigeaud, apare mai des în cursul ultimelor trei luni de sarcină și se manifestă printr'un număr de simptome, fără ca funcțiunile rinichiului să fie turburate — Leziunea renală există, dar turburarea funcțională este nulă (Rathery).

Semnele ei importante sunt albuminuria, — elementul cel mai constant și uneori singurul, — apoi oedemele și hipertensiunea arterială.

Aceste manifestări se asociază deseori între ele și sunt strâns legate de alterări ale metabolismului albuminoidelor, clorurilor și apei. Ele nu traduc o turburare a funcțiunilor rinichiului, care rămân ne atinse.

La începutul graviditățiI, nevoile oului sunt mici. Ele cresc însă progresiv odată cu sarcina. La sfârșitul a șase luni de sarcină, fătul cântărește un kilogram, pentru ca în încă alte trei luni, (jumătate din timpul deja scurs) să devină de peste triplă greutate (3250—3500 gr). Această creștere considerabilă în ultima treime a sarcinei, necesită și aporturi mari de materiale.

Tocmai în aceste ultime trei luni, se ivesc la mamă turburările, ce par a fi în legătură cu un metabolism patologic, al clorurilor, apei sau albuminoidelor.

Metzger a arătat că normal, metabolismul de sarcină trebue să se împlinească fără turburări. Mama, să nu pună la dispoziția fătului mai mult material decât are nevoie acesta, sau, să elimine surplusul ce ar fi pus fără folos în circulație și care neîntrebuințat devine nociv.

Constituirea rezervelor fiziologice de elemente utile fătului, (apă, albumină, grăsimi, etc.), este normală, cu condiția să nu fie excesivă.

Pentru punerea în rezervă, sângele reține apa, ce aduce mărirea massei sanghine. Edemele totuși sunt rare la începutul sarcinei. In ultimele luni găsim însă o ușoară urmă la cele mai multe femei. Retenția de apă mărindu-se, ea devine evidentă prin edeme, uneori importante, generalizate.

Metabolismul de sarcină odată turburat, apar diverse simptome, coincidând cu edemele, albuminuria și hipertensiunea.

Albuminuria din sarcină apare în urma unor leziuni organice renale dar fără turburări de funcțiune. Albumina este mobilizată în exces de mamă și fătul n'o întrebuințează. Ea este cauza accidentelor și nu consecința lor. Trecerea prin rinichi de masse mari de albumine, cu iritația parenchimului renal, poate însă să nu rămână fără consecințe și transformă nefropatia simplă în nefrită cu turburări funcționale renale (insuficiențe).

Reducând prin regim albuminele alimentare, gravida va întrebuința propriile albumine, mobilizate în surplus și echilibrul feto-matern restabilindu-se, femeea reia starea normală.

Atât timp cât metabolismul de sarcină este normal, nu există fenomenele morbide. Dacă au apărut, ele încetează odată cu sarcina și nu lasă urme, cu condiția ca aceste turburări, să nu fi durat, pentru a da determina fenomene de insuficiența funcțională (nefrite propriu zise).

Cel mai dese ori întâlnim nefropatia albuminurică simplă, albuminuria fiind singurul semn al afecțiunei. Alteori nefropatia se prezintă cu albuminurie și edeme ce se pot întinde la coapse, membele superioare, față și pot fi chiar profunde, periviscerale. Mijlocul de apreciere al acestora este regulata cântărire a femeei.

Albuminuria nu dă nici o indicație asupra gravității și întinderei leziunei renale, cantitatea de albumină neavând nici o valoare pronostică. Ea indică pur și simplu leziune renală. Rinichiul lezat funcționează normal.

In nefropatiile cu edeme se observă cel mai mare procent de accidente convulsive, determinate de edeme cerebrale, care însă nu comportă un prognostic grav.

Retenția de cloruri este excepțională, massa sanghină mărită în sarcină și prezența edemelor menținând aproape constantă concentrația sângelui în cloruri.

Uneori nefropatia gravidică se însoțește de hipertensiunea arterială de tip funcțional. Tensiunea se poate mări considerabil și accidente pot însoți evoluția ei. Azotemia este normală. Se constata absența turburărilor funcționale renale. Accidentele convulsive, puțin frecvente în această formă de nefropatie, sunt cu caracter de mare gravitate. Se produc leziuni cerebrale sau nervoase, cu prognostic rezervat, uneori leziuni retiniene și rareori accidente cardiace. Aci se observă cel mai mare procent de moartea fătului în uter.

Turburările cele mai frecvente sunt în acest caz: cefaleea, vertijele, vâjâiturile de urechi, dispneea de efort, palpitațiile, hemoragiile, turburările oculare.

Accidentele grave cardiace sunt: distensia acută a ventricolului stâng și edem pulmonar acut; cele vasculare, deasemenea rare, sunt rupturile, ce se pot produce cu predilecție în domeniul cerebro-meningeu.

Știm că tensiunea arterială este regulată printr'un mecanism nervos și humoral. Mecanismul nervos cuprinde centri sub thalamici, bulbari și medulari, la cari ajung nervi vaso-sensibili (nervi depresori și cei ai sinusului carotidian) și de unde pleacă nervi vaso-motori.

Mecanismul humoral este complex și cuprinde intervenția a numeroase glande endocrine (suprarenala, hipofiza, tiroida, pancreas).

Hyperactivitatea acestui aparat endocrino-simpatic în timpul sarcinei, face să evolueze tensiunea, dar aceasta temporar. Este la mijloc o turburare a metabolismului țesuturilor, ce produce un desechilibru neuro-endocrin.

In diagnosticul nefropatiei gravidice trebue să eliminăm nefrita cronică, nefritele toxice sau infecțioase, pielita și pielonefrita.

Albuminuria trebue recunoscută dacă aparține unei nefrite anterioare sarcinei sau debutând în timpul ei. Cercetăm pentru aceasta antecedentele și aprofundăm examenele. Se va face studiul funcțiunilor renale prin probele cuvenite (urea în sânge, eliminarea clorurilor și clorurii sanguini, proba Volhard, constanta ureo-secretorie). Sunt autori cari gândesc că, cea mai mare parte din femeile cu nefropatie gravidică, au leziuni renale latente anterioare. Este adevărat că gravida cu leziuni renale anterioare este mai expusă accidentelor, dacă apar turburări de metabolism.

Acestea sunt totuși rare, deoarece tocmai aceste femei sunt atent supravegheate în timpul sarcinei. Pe de altă parte, cum nu este rinichiul cel ce regulează metabolismul albuminelor, leziunea lui nu aduce neapărat astfel de turburări. Dacă echilibrul se stabilește normal nu sunt riscuri și dacă există o maladie anterioară a rinichiului, nefropatia de sarcină nu este iminentă.

Femeile ce au metabolismul de sarcină turburat, prezintă uneori simptome nete. Cefaleea persistentă trebue să deștepte atenția și examinarea cu grijă a gravidei. Cercetăm urina. Urme nedozabile de albumină se observă uneori în urinele femeilor gravide. Numărul albuminuriilor crește, dacă examenul se face în timpul travaliului. Cantitățile de albumină găsite variază dela câteva centigrame, la mai multe grame la litru, constituind o adevărată descărcare intensă de albumină. Pentru o bună depistare a cazurilor de albuminurie, este recomandat să se evite tot ce ar putea falsifica

In spasme

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN

Dr. WANDER

Tablete Supozitoare

Acțiune spasmolitică și analgetică sigură

IN HIPERTONIE

ARTERIOSCLEROZĂ

ANGIOSPASME

HYPONITIN

DR. WANDER

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de sodiu
Chinină sulf.

Hipotensiv și Calmant

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN DR. WANDER

Drageuri, Fiole injectabile, Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de fenilazodiaminopiridină.
Acțiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului, etc.

Uretrite

Cistite

Pielite

Bacteriurie

Mostre și literatură prin:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89

Lipolysin

Hemming

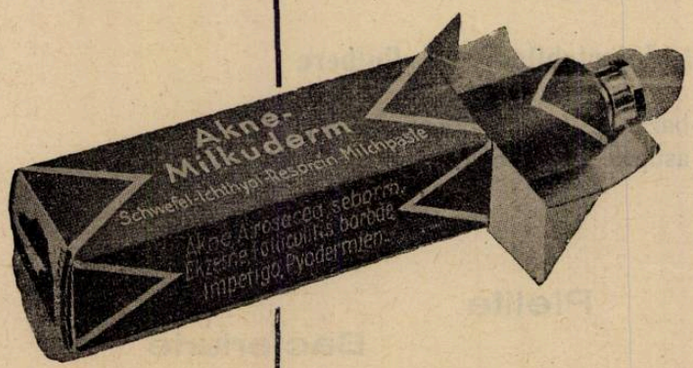
Glandă genitală. Tiroidă, Lob. ant. hipofiz. Timus.

Pentru organoterapia pluriglandulară

3 drag. pe zi înaintea mesei sau 4 inj. 1 cc. intramusc săptămânal.

Codex S. A. R, Calea Şerban-Vopa 41, Bucureşti

AKNE-MILKUDERM



Sulf. Resorcină şi Ichtyol în cremă de lapte.

Descuamaţiune curată şi discretă a ţesutului bolnav şi «restitutio ad integrum» a epidermei sănătoase.

Se întinde seara fără pansament
Dimineaţa se şterge cu benzină pură sau cu lapte. Ziua se pudrează. La început uşoară iritaţiune (reacţiune care apoi cedează. — Tub.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41. Bucureşti

rezultatul (leucoreea, sângele, puroiul din secreţiile vulvo-vaginale).

Un ansamblu de semne: cefaleea persistentă, insomnia, dispneea, palpitaţii, ameţeli, vâjâituri de urechi, durerea epigastrică (baza Chaussier) turburări de vedere (ambliopie şi diplopie) pruritul, trebuesc depistate din vreme şi tratate urgent, fără a aştepta apariţia crizelor convulsive de eclampsie.

Urinele sunt rare şi de culoare închisă, (cu pigmenţi biliari), cu doze variabile de albumină, uneori enorme. Edeme marcate sunt constatate cel mai deseori.

Dela apariţia acestor turburări şi chiar înainte de a fi toate reunite, trebueşte instituit tratamentul eficace, capabil să evite crizele convulsive eclamptice, cu prognostic atât de defavorabil pentru mamă şi făt.

Directive Therapeutice

Supravegherea atentă şi tratamentul femeei gravide cu nefropatie, pot înlătura surprize neplăcute şi accidente grave.

Leziunea renală minimă din nefropatia simplă poate să se agraveze când nu se face tratamentul necesar.

Acest tratament este de ordin dietetic, hygienic şi medicamentos.

Supravegherea se face prin examene repetate, căutându-se semnele subiective şi obiective, la care se adaugă examenele de laborator, cu marcarea zilnică a diurezei, albuminuriei, a greutăţii corporale (mijloc de a urmări evoluţia edemelor) şi a tensiunei arteriale. Se recomandă a se face echilibrul acido-bazic, accidentele grave fiind precedate de acidoză. Ne vom conduce după cifra rezervei alcaline (coeficient Maillard) [1].

In nefropatia gravidică albuminurică simplă, se reduce prin regim aportul albuminelor alimentare. In felul acesta femeea reia propriile-i albumine, mobilizate în exces şi le utilizează.

Se evită regimurile exagerate, dându-se cantitatea suficientă de calorii şi vitamine.

Regimul alimentar nu va fi lactat, deoarece îngreuiează funcţiunea digestivă şi hepatică. El va cuprinde: legume verzi, piurele, paste făinoase, orez, lăpturi, pâine prăjită, carne friptă sau fiartă de două ori pe săptămână, fructe. Sarea va fi redusă. Dacă albumina creşte se va suprima carnea complet. Se vor da laxative şi preparate cu hamamelis.

Regimul hidric nu trebueşte niciodată prelungit, căci devine un regim carnat prin autofagie.

Se va evita abaterea dela regim şi expunerea la frig umed.

Supravegherea medicală va fi regulată.

Gravidele care în urma unei leziuni vechi au 0,30—0,50 gr. albumină în urină, nu se pun dela început la regim. Se fac zilnic dozări ale albuminei, iar dacă aceasta creşte, dacă apar turburări (edeme, cefalee) atunci se instituie regimul.

In nefrapatia gravidică cu edeme, conduita va fi mai severă, din cauza frecventelor complicaţii ce pot apărea în această formă. Repaosul va fi recomandat, deasemeni protecţia contra frigului. Regimul va fi declorurat sau hipoclorurat. Alimentaţia va cuprinde: legume verzi şi uscate, dulciuri, fructe, compoturi. Laptele având clorur de sodiu va fi utilizat numai în regimul hipoclorurat. Se vor da colagoge. Injecţii intramusculare zilnice cu sulfat de magneziu. Dacă ameliorarea se obţine se pot permite 2 gr. de sare la fiecare prânz.

Nefropavia cu hipertensiune este forma cea mai de temut pentru mamă şi făt. A căuta însă scoborîrea tensiunei prin sângerări şi prin dietă exagerat restrictivă, nu este însă fără inconveniente.

Se va face supravegherea medicală şi examenul fundului de ochi. Se va recomanda repaosul la pat, cu limitarea activităţii musculare şi divestive; reducerea cantităţii de lichide; reducerea clorurei de sodiu (nu se prescrie regim declorurat prea stricţ şi prea prelungit). Regimul lactat conservă indicaţii; este suportat însă rău de hepatice.

In sindromul hipertensiv de origine sifilitică, tratamentul antiluetic dă rezultate surprinzătoare. In hipertensiunea de origine diabetică, tratamentul cu insulină aduce scăderi importante (gravide grase cu glicemia ridicată).

Sângerarea, tratament atât de cunoscut, chiar cu emisiune abundentă, nu aduce decât o scoborîre de tensiune pasageră. Dealtfel la gravide, ce sunt femei tinere, hipertensiunea nu este un pericol, rupturile vasculare cerebrale fiind o raritate.

Sângerările copioase, urmate de injecţii intravenoase de ser fosfatat sau glucozat, pot aduce o suprimare parţială a substanţelor nocive sanghine, dar numai pentru un timp, căci sarcina continuând altele reapar.

Medicaţia influenţând direct—vasodilatatrice — sau indirect, — lucrând asupra simpaticului şi glandelor vasculare, cuprinde: extractele pancreatice în formele prezentând hiperglicemie; extractele pancreatice dezinsulinate (angioxyl) cu acţiune vaso-dilatatrice, extractele hepatice cu efecte cardiovasculare şi putere hipotensoare.

Medicaţia vasodilatatrice nu este fortamente hipotensivă, mai ales când inima este aptă să aducă compensare prin creşterea acceleraţiei şi amplitudinei. Se recomandă deasemeni, purgative saline, ser glucozat hipertonic 30%, alcaline, colagoge şi diuretice, proprii a activa funcţia emonctoarelor.

Dacă starea se agravează cu tot tratamentul corect, nu avem altă posibilitate decât suprimarea sarcinei, cauza primă a tulburărilor. Intreruperea spontană a sarcinei este destul de frecventă în nefropatii, în special prin leziuni placentare. Fătul născut este prematur, debil, uneori compromis, dar poate fi salvat. Sarcina continuând fătul ar putea sucomba, caz ce este frecvent.

Moartea intrauterină a fătului este urmată în genere de tendinţa de regresare a turburărilor. Uneori accidentele nu cedează însă decât după evacuarea uterului. Interesul mamei trebue să primeze totdeauna în hotărîrile ce luăm. In sarcina însă aproape de termen, interesele mamei şi fătului se confundă.

Fătul poate fi salvat deseori, în timpul turburărilor grave şi rebele din sarcină, altfel nu ştim dacă el nu va sucomba. Dacă sarcina este aproape de termen, tratamentul raţional este operaţia cazariană abdominală, făcută la timp.

In provocarea travaliului, extractele post-hipofizare, fiind hipertensive şi anti-diuretice, nu se vor întrebuinţa. In timpul travaliului se va grăbi evacuarea uterului, — dacă orificiul uterin este dilatat sau dilatabil, — prin forceps sau versiune.

Femeea odată liberată de sarcină, cel mai ades, regularea metabolismului se produce, fenomenele se amendează în trei-patru zile, edemele se topesc, dispar, tensiunea scade, iar albumina diminuă treptat.

Metabolismul normal restabilindu-se rapid, regimul nu se prelungeşte. Cu regim normal, simptomele au dispărut tot atât de repede ca şi menţinând regimul. Alteori, cu tot regimul, prezenţa albuminei persistă, trecerea prin rinichi de masse mari de albumină, lăsând leziuni secundare de nefrită.

In imensa majoritate a cazurilor vindecate, femeea nu rămâne cu turburări renale. In patru-cinci zile după naştere se obţine vindecarea completă şi fără urme.

---

1) Proporţia de uree este micşorată, amoniacul fiind reţinut de organism pentru a lupta contra acizilor; coeficientul

$$\frac{\text{azot amoniacal}}{\text{azot amoniacal} + \text{azot ureic}}$$

Maillard creşte, şi cu atât mai mult cu cât producţia de acizi stabili este mai forte.

CHESTIUNI TERAPEUTICE DE ACTUALITATE

Mijloace noi în tratamentul hemoptiziei

de Dr. PĂUNESCU-PODEANU

In tratamentul hemoptiziei şi-au făcut loc în anii din urmă câteva mijloace de oarecare importanţă. Nu se poate spune că prin ele chestiunea tratamentului acestui sindrom s'a rezolvat definitiv. Dar aportul lor înseamnă o contribuţie de valoare.

E vorba pe deoparte de câteva mijloace hemostatice cu acţiune generală, pe de altă parte de unele manevre cu acţiune specială în hemoptizii.

*

Roşul de Congo a fost introdus în terapia hemoptiziei în 1930 de Becker. Se administrează în injecţiuni intravenoase de 10 cc. din sol. 1%, încet, odată sau de cele mai multe ori pe zi. Roşul de Congo lucrează prin intermediul sistemului reticulo-endotelial. Efectele lui sunt remarcabile şi au fost confirmate de o mulţime de cercetători. Intre alţii Morloch şi Scott-Pinchin (Brit. med. J. No. 3851-1934) şi Roll (Munch. med. Wschr. No. 22-1938) îl socotesc printre cele mai de efect medicamente.

La noi a fost încercat deasemeni, cu rezultate satisfăcătoare (Copăceanu şi Leţu, Mişc. med. Rom. 1937). Şi noi am constatat bune efecte cu acest mijloc.

Vitamina C, întrebuinţată cu bune rezultate în diatezele hemoragice de Engelkess, Schroder, Mouriquand, Jolly a fost încercată şi în hemoptizii (Hasselbach, Daniello, Sendon etc.). Daniello şi Iepure (Clujul med. No. 3-1937)) au obţinut efecte destul de bune injectând intravenos 50-200 mgr., zilnic. In hemoptiziile mari şi mijlocii sunt şi cazuri cari rezistă. Hasselbach a descris şi el rezultate satisfăcătoare. (Ztschr. Tbc. p. 336-1938). Lopez Sendon (Medicina Espanola No. 1-1938)) afirmă că a obţinut însă,mai totdeauna efecte categorice, prin doze şi mai puternice. El injectează 500 mgr. intravenos zilnic şi dă în plus şi pe gură. Acţiunea hemostatică e indiscutabilă şi imediată. Vitamina C mai exercită încă şi o acţiune binefăcătoare de ordin general asupra «procesului hemoptoic» şi asupra stării generale.

Un răsunet cu totul deosebit a avut în lumea medicală metoda recomandată în 1933 de Ravina, cu Bezanquen şi Bidas, anume **oxigenoterapia subcutanată** (Soc. p. l. etude. sc. de la tbc. janv. 1933). Dumarest recomandase odinioară oxigenul în inhalaţii, ca preventiv contra infecţiunilor secundare, după hemoptisii, iar Pigeon şi Maison recomandaseră injecţiile subcutante de oxigen, pentru a combate slăbirea cordului. Acţiunea hemostatică a acestor injecţiuni de oxigen, pusă în evidenţă de Ravina, a fost apoi confirmată de o serie întreagă de autori: de Courcoux, Bourgeois, Tinel, Brincourt, Coste, Latinne etc. Se injectează câteva sute de cc. sub piele, repetându-se zilnic şi chiar de mai multe ori pe zi. La început injecţiile se făceau în zona toracelui ; s'a văzut apoi că acţiunea nu e comandată de topografia simpatică cutană şi că aceleaş efecte se obţin injectându-se oxigenul la coapsă (Bourgeois). Prea precis nu se cunoaşte încă modul de acţiune al acestui mijloc. Se pare că e vorba de o acţiune reflexă, producând o vasoconstricţie pulmonară, aşa cum arată experienţele lui Tinel, Brincourt, Ungar. Nenumărate cercetări de control ale diferiţilor autori confirmă bunele rezultate iniţiale. (Şi la noi: Ciorapciu şi R. Popescu, Rom. med. 1936 apoi Chiper şi Bumbăcescu, Cluj, med. No. 2-1937).

Oxigenoterapia subcutanată nu este absolut constantă în acţiunea ei, dar produce uneori efecte cu adevărat miraculoase, în cazuri rezistând celorlalte mijloace. Şi noi ne-am convins de acest lucru, după o experienţă de câteva zeci de cazuri, în Clinica terapeutică. Ea e, în plus, un mijloc simplu, injecţia putându-se efectua prin adaptarea directă a balonului la ac. De aceia azi este şi mult folosită.

Diez şi Gonzalez au obţinut efecte analoage, tot aşa de bune prin injectarea de *aer*, în loc de oxigen, ceeace ar arăta că nu e vorba de o acţiune proprie specifică a oxigenului. Iar Alexandrescu-Dersca a semnalat deasemeni rezultate bune, injectând *oxigenul intravenos*, încet, cu aparatul lui Bayeux.

O metodă deosebit de îndrăzneaţă a fost lansată de şcoala italiană. Este **metoda injecţiilor intratracheale de adrenalină**, a lui Giuffrida. Administrarea se face supraglotic, încet, cu picătura. Şcoala italiană se arată entuziasmată de această metodă. Micheli o consideră cea mai bună metodă de tratament contra hemoptiziilor, ea oprind cea mai repede hemoragia.

Adrenalina lucrează pe deoparte prin acţiunea ei hemostatică proprie, pe de altă parte printr'o acţiune reflexă. Panneti a obţinut rezultate analoage injectând apă distilată sau ser fisiologic în loc de adrenalină, ceace justifică această din urmă interpretare. In realitate, cum au arătat cercetările comparative ale lui d'Angelo (Il Policlinico No. 15-1934), adrenalina dă totuş rezultate incomparabil mai bune. Metoda a prins mai puţin în alte ţări. Morloch şi Scott-Pinchin în Anglia (op. cit.) cred că ea nu dă rezultate probante. Şi nici în medicina germană nu prea are trecere. (Med. Kl. No. 22-23/1938).

In acelaş sens este de menţionat metoda sudamericană de **injecţii intratracheale cu substanţe coagulante** (Vaccarezza, Prensa med. 25-IV-1934). Dela noi din ţară, Siiartău şi Vaina din Arad, au publicat rezultate foarte satisfăcătoare obţinute prin injecţia intratracheală de clauden (Beitr. z. Kl. d. Tbc. No. 9-1940).

Mai departe, ca metode mai complexe, trebuesc relatate metodele tinzând la realizarea unui repaus pulmonar eficace.

Pneumotoraxul terapeutic este printre ele cea mai veche şi cunoscută. Chiar Forlanini l-a indicat. Roubier, Dumarest, Courmont i-au studiat cu deosebire eficacitatea. Pneumotoraxul terapeutic aplicat la tratarea unei hemoptizii, poate da uneori rezultate cu totul surprinzătoare, după cum alte ori poate să se însoţească de eşecuri, ba chiar de unele neplăceri. Şi nu totdeauna poate fi aplicat cu uşurinţă, mai ales că trebue cunoscută partea care sângerează. Courmont şi Fraissard au, (în Journ. de med. de Lyon No. 259/1930) o bună privire de ansamblu asupra metodei, iar mai de curând Edhem i-a făcut o justă analiză critică (Paris méd. 10-IX-1938).

S'ar părea că pneumotoraxul tinde să fie concurat, în tratamentul hemoptiziei de **pneumoperitoneul terapeutic**, recomandat de Vajda în 1933. Se injectează intraperitoneal, încet, o cantitate de circa 1000 cc. oxigen. Rezultatele par deosebit de satisfăcătoare. Ferrari a reuşit să oprească prin această metodă, hemoragia, în 4 cazuri rebele, care nu se influenţaseră prin nici unul din mijloacele puse în aplicare (Minerva medica No. 19-1936). Nu se ştie încă dacă metoda lucrează prin limitarea mişcărilor diafragmului sau în mod reflex, aşa cum acţionează oxigenoterapia subcutantă.

Au mai fost încercate în fine, **frenicoexereza**, fără rezultate notabile, şi **neuroliza intercostală**. Ultima metodă,

datorită lui Leotta, constă în imobilizarea toracelui prin alcoolizarea nervilor intercostali 2. 3. 4. 5. 6. (injecţiuni în triunghiul pleurocostal la 4 cm. adâncime, a 1/2 cc. novocainã 4% urmată apoi de 2 cc. alcol 95°). Se aplică atât la tratamentul tuberculozei pulmonare însăşi (când nu se poate realiza pneumotoraxul artificial) cât şi la tratarea hemoptiziilor. Metoda este bine apreciată în Italia, unde se pare că este relativ mult aplicată (Rindone, Rassegna intern. Clin. Terap. No. 9-1932; Rabboni, Zbl. f. Chir. No. 23-1935).

O ultimă menţiune pentru *iradiaţia splinei*, metodă recomandată de Diehl, destinată a produce modificări în coagulabilitatea sângelui, favorabile opririi procesului de sângerare. Nu s'a dovedit a avea o importanţă deosebită.

*

Acestea sunt mijloacele principale pe care medicina le-a adus, în anii din urmă, în tratamentul hemoptiziei. Nu e de prisos să amintim şi foloasele pe care terapeutica hemoptiziei le-a tras din noile mijloace hemostatice, de acţiune generală, lansate în comerţ în ultima vreme: **clauden, coagulen, manetol, sango-stop,** mijloace care au dovedit o eficacitate ridicată faţă de cele vechi. Nu vom intra însă în detalii privitoare la modul lor de acţiune şi la constituţia lor.

Medicaţiile vechi au fost ele uitate? Nu toate. Merită să fie semnalate bunele efecte pe care le-au obţinut cu extractele retrohipofisare, recent Mihăilescu pe deoparte (Rev. san. mil. 8 Aug. 1938), Băicoianu cu Lupescu şi Popescu pe dealtăparte (Rev. şt. med. Nr. 11—1938). *Retrohipofiza* a fost recomandată în tratamentul hemoptiziilor din 1913 de către Rist. Efectele bune au fost confirmate de Weill, Bayé, Penin, Pisavy etc. Se face 1/2 cc. diluat în 10 cc., încet. intravenos, pentru evitarea şocului. O condiţie de eficacitate este de a se repetă injecţia timp de 3 zile la rând, chiar dacă hemmoptisia s'a oprit. Produsul retrohipofisar lucrează pe deoparte prin acţiunea lui hipotensivă asupra circulaţiei mici pulmonare, pe dealtă parte prin acţiunea lui de mărire a hemocoagulabilităţii (fapt controlat de Pisavy).

Serul gelatinat, susţinut pe vremuri de Sabourin, Dumarest, Kuss, în tratarea hemoptiziilor, a fost deasemenea reluat cu succes mare de către Tonegaru (Rev. san. mil. p. 761—1938). Rezultatele sunt cu totul remarcabile dar cu o condiţie: aceia de a face doze foarte masive, adică 100 şi chiar 200 cc. din sol. 10%, repetându-le după nevoie, mai multe zile la rând.

Hemoterapia a găsit şi ea aplicaţiuni. Tot Tonegaru (Rev. san. milit. No. 12—1938) a arătat bunele foloase ale *autohemoterapiei* ca mijloc adjuvant în tratarea hemoptiziei. Richet şi Tzank, Bonnammour, Pic şi Chapuy ş. a. dela 1932 încoace au insistat asupra eficacităţii *transfuziei sanghine* ca mijloc hemostatic eroic. Iar mai recent T. Teodoreanu a relevat interesul practic al *heterohemoterapiei*. Injectarea repetată mai multe zile a 30—40 cc. de sânge străin la un bolnav cu hemoptizii, constitue un mijloc hemostatic cu o acţiune din cele mai eficace, mai sigure şi mai constante. (Spitalul Nr. 5—1940). Este în plus necostisitor şi destul de simplu.

Hemoterapia sub diverse forme a mai fost întrebuinţată şi în alte hemoragii. Ea lucrează complex. Se cunoaşte de mult acţiunea de mărire a coagulabilităţii sanguine, pe care o au serul sanguin propriu sau străin (Weil 1908) şi sângele total (Ravaut 1913). Moutier şi Richet, apoi Nicolas au susţinut că auto şi hetero hemoterapia lucrează scăzând tensiunea arterială prin fenomenele de şoc coloido clasic pe care le produc. Un lucru este sigur: heterohemoterapia influenţează net coagulabilitatea sângelui şi prin ea — desigur — sângerarea. (Teodoeranu).

O menţiune, înfine, privind unul dintre mijloacele ades întrebuinţate pentru oprirea sângerărilor pulmonare: e vorba de relele consecinţe pe care poate să le aibă asupra bacilarilor seroterapia în injecţii subcutanate sau intramusculare. Asupra acestui lucru au atras atenţia Courmont, Gardère şi Ngong (Jurn. med. Lyon 20 Oct. 1934). Constatarea aceasta ne cere să fim foarte rezervaţi, în practică, la întrebuinţarea seroterapiei simple sau antihemoragice, când e vorba de bacilari.

*

Şi acum o întrebare: există posibilitatea unei eşalonări, a unei gradări a acestor mijloace după eficacitatea lor pentru a cunoaşte ordinea în care trebue să facem apel la ele în caz de nevoie?

Acest lucru este desigur destul de greu. El ar cere un studiu comparativ şi o foarte întinsă experienţă, pe care nu cunoaştem să o fi făcut cineva până azi. Fiecare din cercetători şi din medici e legat de unul sau de altul, mai ales, dintre mijloace; şi ceace unul laudă, celălalt — poate — detestă. Ajutorul vitaminoterapiei C în hemoptizii este privit cu destul scepticism de Gogga şi Scholz, mai ales când e vorba de hemoptiziile mai mari (Ztschr. f. Tbk. Nr. 4—1937). Oxigenoterapia subcutanată, bine privită de majoritatea autorilor, este aspru criticată de Carbajo, Banco şi Riera (Arch. Med. Cir. y Espec. Nr. 1—1935), care o consideră absolut fără vreo valoare. Pneumotoraxul terapeutic, pe care Cobet din Halle (Med. Kl. No. 22—23/938) îl consideră cel mai sigur mijloc hemostatic pulmonar, este şi el capabil de a da neplăceri (Edhem. op. cit.). In asemenea condiţiuni, desigur, nu poate fi vorba de o gradaţiune cu valoare absolută, după puterea lor de acţiune, a mijloacelor mai sus arătate. Idealul este utilizarea lor globală sinergică, împreună, în măsura gravităţei pe care o inspiră hemoptizia şi în măsura posibilităţilor. Aşa reese şi din ancheta privitoare la tratamentul hemoptiziilor, făcută în Medizinische Klinik No. 22—23 din 1938, la care răspund Schendtker din Marburg, Starlinger din Königsberg, Cobet din Halle, Bacmeister din St. Blasien, Winkler din Graz.

Aşa ne-a învăţat şi pe noi experienţa clinică de toate zilele.

*

Medicina şi-a îmbogăţit apreciabil în ultimii ani, posibilităţile terapeutice privind hemoptisia. Ea dispune azi de o serie de miloace evoluate, de eficacitate ridicată, pentru tratarea acestui sindrom.

Iată-le, în recapitulare:

Câteva *mijloace biologice standardizate*, acţionând asupra coagulabilităţii sanghine (clauden, coagulen, menetol, sango-stop etc).

Roşul de Congo, Vitamina C.

Hemoterapia sub diverse forme (heteroheroterapia pare cu deosebire importantă şi ar merita încercări noi de confirmare),

Oxigenoterapia subcutanată.

Sunt mijloace simple, uşor de aplicat, care alături de celelălte mijloace clasice (cu deosebire de *retrohipofiză* şi de *serul gelatinat)* alcătuesc un capital bogat de resurse importante, pentru tratarea sindromului hemoptiziei, mai ales când sunt aplicate în asociaţie, sinergic. Pe deasupra acestora, ca mijloace eroice, pentru cazurile cu deosebire grave, sunt de reamintit: *injecţia intratracheală de adrenalină şi de medicamente coagulante*, precum şi *pneumotoraxul şi pneumoperitoneul terapeutic* sau *alcoolizarea nervilor intercostali*. Graţie tuturor acestora, lupta terapeutică în cazul unei hemoptizii, e azi mai uşoară ca odinioară, şi mai deseori încununată de succes.

AUTOHEMOTHERAPIA IN TRATAMENTUL IRITELOR POSTOPERATORII *)

de Dr. POPOVICIU V. şi Dr. LUNGU O.

Printre complicaţiile după operaţia de cataractă, un loc destul de important îl ocupă şi iridociclita acută difuză, complicaţie care se poate ivi pe lângă cele mai riguroase măsuri de asepsie.

Ca etiologie, *Morax* atribuie această complicaţie unei infecţiuni operatorii atenuate, fără a insista asupra naturei acestei infecţiuni.

D-na *Puşcariu* analizând 15 cazuri atribuie aceasta irită postoperatorie unui Sifilis latent, bazându-se pe cercetarea seroreacţiei Wassermann şi rezultatele obţinute prin tratament specific.

Mamoli descrie deasemenea 7 cazuri de iridociclită postoperatorie vindecate prin tratament mercurial, se întreabă însă dacă nu ar fi vorba şi de infecţiuni de altă origină, tratamentul mercurial nepermiţând a conclude absolut Sifilisul.

Orloff acuză inafară de Sifilis infecţiuni hemosporice cari ar găsi mediul favorabil de desvoltare în masele cristaliniene restante, descrie apoi un caz după extracţia cataractei şi un alt caz vindecat după extragerea rădăcinilor dentare cariate din maxilarul superior, deci de origină dentară.

Fage citează 3 observaţii de irită apărute după traumatism uşor al globului, fără leziuni corneene, chemozis sau hematom, dintre cari una apare cu teren Sifilitic şi se vindecă cu tratament specific, iar celelalte două pe teren tuberculos fiind vindecate prin tratament simptomatic asociat cu tonice generale.

Leber şi *E. Dor* citaţi de *Puşcariu* admit producerea iridociclitei postoperatorii prin mici traecte fistuloase ale plăgii, rezultate din inclavarea unui filament capsular în plagă.

Noi admitem pe lângă infecţiile exogene şi endogene pe cale hematică la distanţă sau pe cale limfatică din vecinătate, un rol atât masselor moi cristaliniene cât şi resturilor capsulare şi traumatismului inerent uneori în timpul operaţiei. In lucrarea de faţă ne vom ocupa numai de o metodă terapeutică a acestei complicaţii, metoda care ne-a dat rezultate satisfăcătoare şi pe care le expunem mai jos, fără a ne ocupa de etiologia acestei irite.

Autohemotherapia, consistând în ridicarea unei cantităţi de sânge din venă şi injecţia ei imediată intra muscular, e o metodă mult aplicată în medicina generală.

In oculistică a fost intrebuinţată cu succes de Cassimatis în catarul primavaratic, de Angelucci în trahom. *De Longue* a intrebuinţat-o deasemenea în tratamentul trahomului, cu rezultate mulţumitoare.

In irite şi iridociclite *L. Hambresin* citează alături de alte medicamente provocătoare de şoc şi autohemotherapia, întrebuinţată în tratamentul iritelor de *Andor Licsko*, citează deasemenea pe *Angelucci* care a întrebuinţat această metodă cu rezultate bune, afirmând că ar apăra de oftalmie simpatică în rănirile ochiului prin schije de fier.

Ca reacţiuni, principalele modificări fizico-biologice, se citează cercetările lui *Schullmann* pe 29 cazuri, care a constatat în marea majoritate a cazurilor hipotensiune şi leucopenie după injecţiile de auto-sânge.

Ca mod de acţiune, s'a acuzat şocul provocat de proteinele sângelui, cari în contact cu pereţii siringei ar suferi modificări, acţionând după reintroducerea în muşchi ca o eteroproteină.

S'a acuzat apoi formarea de substanţe histaminice în sângele injectat intramuscular, augmentarea puterei de fixaţie a sistemului reticulo-endotelial şi o reacţie de floculaţie care s'ar naşte din amestecul protoplasmei globulare cu coloizii serici prin liza globulelor roşii, reacţie care duce la modificarea stării umorale a organismului.

Noi am întrebuinţat autohemotherapia pentru prima dată la un bolnav de cataractă, care a fost operat în alt serviciu şi a venit la noi cu cataracta secundară. După extracţia catarcatei secundare, face o irită acută difuză, însoţită de exzema pleoapelor, care se accentuează şi devine matidantă după administrarea colirurilor midriatice. Se instituie autohemotherapia ca tratament general al eczemei, care dispare după 2 injecţii de autosânge, fiind însoţită de decongestia globului ocular şi retrocedarea manifestă a iritei, care se vindecă după cea de a 3-a injecţie.

După aceasta, am instituit autohemotherapia la toate iritele difuze acute după operaţia de cataractă cu reacţia Wassermann negativă, deci unde nu avem posibilitatea unui tratament specific, ajungând la un număr de 18 observaţii, pe care le redăm mai jos.

1. Nr. 61/1939, Petre P. 63 ani, cataracta secundară o.d. Discizia cataractei secundare o.d., după operaţie ipema în camera anterioară, eczema pleoapelor, irita acută difuză. După 2 injecţii autosânge a 10 cmc. eczema dispărută, globul decongestionat. După a 3-a injecţie a. v. = 5.24.

2. Nr. 68/1939 Ion G. 77 ani, cataractă matură a.o. Extracţia cataractei mature o.d. iar după 18 zile şi o. s. cu smulgerea capsulei la ambii ochi, iridectomie la o.s. Irită difuză acută la a.o. La 8 zile după extracţia cataractei o.s., începe autosânge primele 2 injecţii de 10 cmc. celelalte de 20 cmc. După fiecare injecţie, a doua zi se observă descongestia pronunţată a globilor. După a 4-a injecţie globii decongestionaţi, v.o.d.=5/18, v.o.s.=5.24.

3. Nr. 100/1939 Carol D. 75 ani, cataractă a.o. Extracţia cataractei o.s. Iridectomie totală, smulgerea capsulei. Irită difuză acută. A 10-a zi autosânge, după fiecare injecţie decongestie pronunţată, după 4 injecţii globii complect decongestionaţi v.o.s.=5.8 R.W.=negativ.

4. Nr. 102/1939 Ecaterina G. 62 ani, cataractă matură o.d. incipientă o.s. R.W.= negativ. Extracţia cataractei mature o.d. fără iridectomie cu smulgerea capsulei. După 7 zile congestie pulmonară, e transpusă la serviciul medical de unde revine după 1 săptămână cu iridociclită. După 10 zile de tratament cu midriatice fără rezultat, autosânge. După 2 injecţii globul decongestionat, v.o.d.=5/9, după 2 luni revăzută, v.o.d.=5.6.

5. 106/1939 Emilia C. 85 ani, cataracta matură a.o. Extracţia cataractei mature o.d. cu iridectomie periferică şi smulgerea capsulei. Irită difuză acută, Keratită striată. Multe resturi capsulare şi masse moi. După 4 injecţii autosânge globul decongestionat. Intre timp, extracţia cataractei mature o.s. cu iridectomie, în capsula închisă cu ansa, însoţită însă de pierdere de vitros. Face o eczemă atropinică, care dispare după suprimarea atropinei. V.o.d.=1/12 v.o.s.=1.5. R.W. nu s'a făcut.

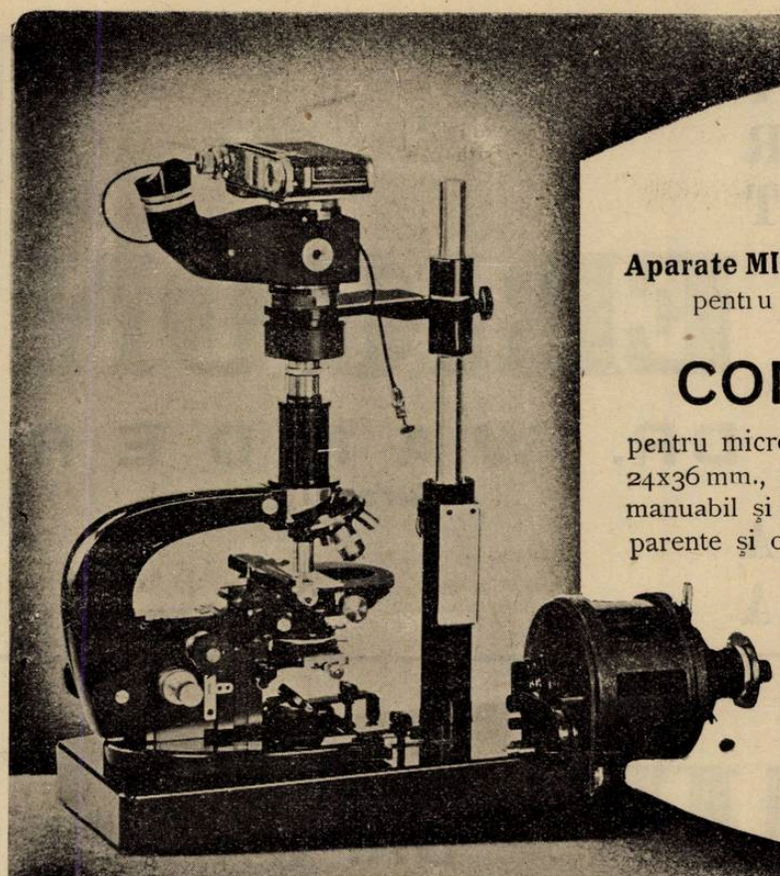
6. Nr. 175/1939 Ignaţie H. 91 ani, cataracta matură a.o. R.W.=negativ. Extracţia cataractei mature o.s. cu iridectomie periferică, smulgerea capsulei. Irididocilită difuză. După 5 injecţii autosânge, congestia globului diminuată. V.o.s.=5/12. După 3 luni, v.o.s.=5/24, la examen otfamoscopic coroidită paramaculară.

7. Nr. 186/1939 Brânduşa R. 64 ani, cataracta matură o.d. afakie operatorie o.s. R.W.=negativ. Extracţia cataractei mature o.d. cu iridectomie periferică şi smulgerea capsulei; rest mult masse moi cristaliniene în camera anterioară. Iridociclită. Globul decongestionat după 5 injecţii autosânge, massele moi aproape în totalitate rezorbite, v.o.d.=5/24.

8. Nr. 180/1939 Moise B. 72 ani, cataracta matură a.o. R.W.=negativ. Extracţia cataractei mature o.s. fără iridectomie, cu smulgerea capsulei. Irită acută difuză. Congestia diminuată după a 2-a injecţie, dispărută după a 5-a injecţie de autosânge. V.o.s.=5/12, după 2 luni 5.6.

9. Nr. 293/1939 Sanda S. 60 ani, cataracta matură o. s. macula corneană centrală o.s. R.W.= negativ. Extracţia cata-

*) *Lucrare din Spitalul de Stat din Timişoara Secţia Oculistică, Medic Primar Dr. Popoviciu V.*



ZEISS

Aparate MICROFOTOGRAFICE DE TOATE FELURILE
pentru toate lucrările microfotografice în ştiinţă şi technică

CONTAX STANDARD

pentru microfotografii în serie pe filme cu format mic 24x36 mm., pentru fotografii albe-negre sau în culori. Uşor manuabil şi economic. Pentru fotografierea obiectelor transparente şi opace la măriri slabe (ansambluri) şi puternice. Cu dispozitiv special se pot utiliza şi plăci fotografice.

Cu dispozitivul „Panflex" al casei ZEISS-IKON se poate observa preparatul până în momentul declanşării expunerii.

CARL ZEISS JENA

Prospecte gratuite dela casa **Carl Zeiss, Jena,** sau dela Reprezentanţa Generală pentru România: Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost **Otto & Alfred HERZOG,** Bucureşti I, Bul. Carol I, 48.

NUTRITION V

Medicamentul specific al DIABETULUI şi tuturor boalelor de nutriţie

INLOCUEŞTE ŞI COMPLECTEAZA INSULINA

6—8 TABLETE PE ZI.

Literatură şi mostre medicale:

AGENŢIA ROMÂNĂ FRANCEZĂ

Str. Sf. Apostoli 37/1. Tel. 357/87

Bucureşti I.

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON

DR. WANDER

Sirop

IN TUBERCULOZA
BRONȘITE, GRIPA

O nouă sare a ODEINEI

CODELUM DR. WANDER

Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM FORTE

Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

Intruneşte proprietăţile farmacologice ale Codeinei şi Acidului feniletilbarbituric cu efect potenţat

NOU!

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

Intoxicaţiuni gastro-intestinale

Dispepsii, Meteorism, etc.

Mostre şi literatură trimite la cerere:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI, Str. Cazărmei 89.

ractei mature o. s. cu iridectomie totală şi smulgerea capsulei. Irită difuză consecutivă. Autosânge. După a 3-a injecţie, congestia diminuată, după a 5-a injecţie aproape dispărută. V.o.s.=5/60 (maculă corneană).

10. Nr. 45 1940 Maria S. 64 ani, cataractă patologică o.s. afakie operatorie o.d. Extracţia cataractei patologice o.s., iridectomie totală, smulgerea capsulei aderente de marginea pupilară, pierdere de vitros. Irită difuză acută consecutivă autosânge. După a 3-a injecţie congestia mult diminuată, după 5 injecţii dispărută. V.o.s.=5/12.

11. Nr. 84/1940 Lazar S. 65 ani, cataractă nematură o.d. R.W.=negativ. Extracţia cataractei nemature o.d. Iridectomie totală, smulgerea capsulei. Irită acută difuză. După 3 injecţii autosânge, decongestie pronunţată. V.o.d.=5/18.

12. Nr. 86/1940 Mihail G. 65 ani, cataracta matură o.d. afakie operatorie o.s. R.W.=negativ. Extracţia cataractei mature o.d. fără iridectomie, cu capsula deschisă. După 3 zile infiltrate marginale corneene, iridociclită, chemozis. Autosânge şi Ceval alternativ. După 3 injecţi autosânge congestie uşor diminuată, după 2 săptămâni globul e decongestionat, v.o.d.=5/4.

13. Nr. 117/1940 Nicolae B. 34 ani, cataracta congenitală o.d. Leucom central aderent şi cataractă complicată o.s. R.W.= negativ. Extracţia cataractei congenitale o.d. în capsula închisă cu ansa, o perlă de vitros pierdere, iridectomie totală. Irită difuză consecutivă. După 4 injecţii autosânge simptomele de iridociclită au cedat. V.o.d.=numără degetele înaintea ochilor. Oftalmoscopic: corioretinită papilo-muculară.

14 Nr. 143/1940 Petru V. 48 ani, cataracta nematură o.d. R.W.=negativ. Extracţia cataractei nematură o.d. fără iridectomie, cu smulgerea capsulei. A 2-a zi ruptura lamboului conjunctival cu emoragie în camera anterioară. Irită difuză acută consecutivă. După 3 injecţii autosânge, globul decongestionat v.o.d.=5/18.

16. Nr. 194/1940 Benjamin K. 69 ani, cataracta matură a.o. R.W.=negativ. Extracţia cataractei mature o.s. cu iridectomie totală şi smulgerea capsulei. Irită acută difuză consecutivă. După a 4-a injecţie autosânge, congestia uşor diminuată, persistă însă diminuată şi încă după a 6-a injecţie. Fricţiuni mercuriale. La 3 luni după părăsirea serviciului (cu v.o.s.=5/18) încă mai persistă fină congestie perikeratică profundă.

17. Nr. 345/1940 Ana S. 66 ani, cataracta matură o.s. R.W.=negativ. Extracţia cataractei mature o.s. fără iridectomie, cu smulgreea capsulei. Irita acută consecutivă. Autosânge. După primele 2 injecţii edemul pleoapei superioare mult diminuat, durerile oculare deasemenea, se menţine congestia. După 5 injecţii globul complect decongestionat. V.o.s.=5/18.

18. Nr. 372/1940 Trăilă B. 63 ani, cataracta matură o.s. operată cu un an şi jumătate înainte, fără iridectomie, în capsulă închisă. Inclavare iriană după operaţie, vindecat totuşi în 11 zile fără complicaţii. Acum vine cu iridociclită. R.W.= negativ. Autosânge. Decongestie manifestă după a 2-a injecţie, globul aproape complect decongestionat după 6 injecţii, după care e licenţiat.

Analilzând efectul autohemotherapiei în cele 18 cazuri ale noastre de irită după operaţia de cataractă, constatăm următoarele :

In toate cazurile după 2-4 injecţii de autosânge, se observă o scădere manifestă a congestiei globului, însoţită de scăderea durerilor oculare, a fotofobiei şi hemicraniei.

In 14 cazuri după un număr de 3-6 injecţii autosânge fenomenele de iridociclită au cedat, globii descongestionaţi complect, bolnavii pot fi licenţiaţi din serviciu fără teamă de complicaţii ulterioare.

Intr'un caz fenomenele de iridociclită sunt însoţite de keratită marginală. In acest caz iridociclita credem că a fost datorită keratitei marginale, keratita care şi ea se vindecă în decurs de 3 săptămâni de tratament cu autohemotherapie şi injecţie de vitamină C, alternativ.

In alt caz irita postoperatorie se vindecă după 6 injecţii de autosânge, însă bolnava, care a suferit înainte cu câţiva ani de irită la ambii ochi, face o recidivă la ochiul neoperat, irită care se vindecă după tratament local şi fricţiuni mercuriale. (Reacţia Wassermman era negativă).

In celelalte două cazuri e vorba de 2 evrei, unul la 69 ani, celălalt de 91 ani, amândoi cu R. W. în sânge negativă. Şi la aceasta se observă o ameliorare după a 4-a şi a 5-a injecţie de autosânge, congestia perikeratică profundă persistă însă mult timp după aceasta. Unul din ei părăseşte serviciul cu congestia globului, însă cu o vedere de 5/12.

Reexaminat după 3 luni globul decongestionat, vederea însă a scăzut la 5/24. La examenul fundului de ochi prezintă o coroidită paramaculară a avut aceiaş etiologie, probabil sifilitică sau tubreculoasă infecţiunea generală preexistând în organism, iar traumatismul operator provocând un locus minoris rezistentiae care a favorizat localizarea pe globul ocular. In celălalt caz congestia perikeratică deasemenea persistă şi după 6 injecţii de autosânge, însă mult diminuată. E controlat şi după 3 luni, când încă mai persistă fină congestie perikeratică profundă, având totuşi o acuitate vizuală de 5/18.

Deci din 18 cazuri tratate prin această metodă, în 15 cazuri am obţinut rezultate imediat bune cari sunt evident datorite autohemotherapiei. Intr'un caz nu putem preciza dacă vindecarea s'a datorat acestei metode, ininjecţiilor vitamine C. instituite pentru afecţiunea corneană concomitentă, sau asociaţiei acestor două metode de tratament.

In celelalte 2 cazuri rezultatul autohemotherapiei a fost o ameliorare evidentă a iridociclitei, fără a putea obţine vindecare.

In procente rezultat imediat evident am avut în 82,22% din cazuri, rezultat dubios în 5,55%, iar eşec în 11,11% din cazuri.

Cantitatea de sânge înjectată a fost de 10 cmc. în primele 2 injecţii şi de 20 cmc. în cele următoare, injecţiile făcându-se tot la 2 zile. Ca reacţie generală n'am observat în nici un caz temperatură, frison, sau stare generală proastă. In câteva cazuri s'au observat o uşoară stare de toropeală la 4-6 oare după injecţie, cu o senzaţie generală neplăcută pe care bolnavii nu o pot defini, păreau obosiţi, spuneau că nu se simt bine, fără a putea explica în ce constă senzaţia de rău pe care o aveau, însă toate aceste fenomene dispăreau în 2-3 ore.

Mai interesantă este reacţia în focar observată. A 2-a zi (deci după 24 ore dela injecţie) congestia globului era accentuată, subiectiv însă durerile oculare şi hemicrania erau mult diminuate, a 3-a zi dela injecţie, deci la 48 ore după injecţie, deja după a 2-a 3-a injecţie se observă o decongestie marcată a globului, urmată de o nouă congestie la 24 de ore, după injecţia următoare, de astă dată însă mai puţin accentuată, pentru ca a 3-a zi decongestia să fie şi mai manifestă, globul fiind complect decongestionat după a 4-a sau a 6-a injecţie. Unde după 6 injecţii globul ocular n'a fost complect decongestionat, injecţile ulterioare n'au dat nici o ameliorare.

In concluzie considerăm autohemotherapia ca o metodă terapeutică foarte eficace în iridociclitele acute difuze postoperatorii nespecifice, deci în cazurile unde reacţia Wassermman a fost negativă.

Sunt necasere în general 4-6 injecţii de 10-20 cmc. sânge pentru a obţine vindecarea.

Unde nu se obţine rezultat după 6 injecţii de autosânge, metoda nu va da rezultat continuând injecţiile.

Reacţia generală este moderată, aşa că se poate aplica fără pericol chiar la indivizi în vârstă înaintată şi la bolnavi cardiaci.

Are marele avantaj de a fi necostisitoare, la îndemâna oricărui medic, nu necesită aparatură complicată, nu prezintă nici un pericol şi nici o contraindicaţie şi rezultatul terapeutic este foarte bun.

Problemele actuale ale sănătăţei publice româneşti

Expunerea d-lui prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul sănătăţei publice în faţa consiliului sanitar superior

La Ministerul sănătăţei s'a întrunit Joi 20 Februarie, consiliul superior al sănătăţei publice.

D. Prof. Dr. P. TOMESCU, Ministrul sănătăţei şi ocrotirilor sociale a făcut o expunere asupra problemelor actuale ale sănătăţei publice româneşti, oprindu-se asupra următoarelor chestiuni principiale:

REORGANIZAREA MINISTERULUI SĂNĂTĂŢEI

In cadrul general al reorganizării ministerelor, cerută de nevoile ţării şi hotărîtă de d. general Antonescu, Conducătorul Statului, vom căuta să dăm o structură mai potrivită Ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

In prezent avem o hipertrofie a serviciilor administrative în dauna celor sanitare. Astfel, ministerul are numai 6 direcţiuni cu preocupări tehnice medicale, faţă de 9 direcţiuni administrative.

Prin urmare, ideea noastră conducătoare este să simplificăm acest aparat administrativ inutil şi să dăm Ministerului sănătăţei un caracter tehnic medical.

In mod logic, această hotărîre ne duce la o descentralizare administrativă foarte mare şi absolut necesară.

Înţelegem să dăm drepturi şi datorii foarte mari serviciilor noastre sanitare din toate regiunile ţării, şefii lor având toată libertatea iniţiativei, dar şi întreaga răspundere a hotărîrilor şi acţiunii lor.

Centralismul exagerat şi hipertrofia administrativă a fost complicată de o pletoră legislativă surprinzătoare. Astfel ministerul sănătăţei se conduce în prezent de 201 legi şi regulamente, ceeace creiază dificultăţi mari în administraţie şi dă naştere la complicaţii juridice.

De aceia socotim că este neapărat necesar ca, din acest material imens, să se făurească o lege unitară, adaptată spiritului, nevoilor şi posibilităţilor de realizare ale ţării noastre.

MEDICINA PREVENTIVĂ

Sănătatea poporului nostru nu poate fi ameliorată numai prin măsuri de ordin sanitar — a continuat d. ministru prof. Tomescu — întrucât ea depinde foarte mult de starea economică şi culturală a populaţiei.

De aceia va trebui făcut un plan de lungă durată pentru ridicarea generală a vieţei noastre rurale, idee pe care o urmăreşte guvernul de sub conducerea d-lui general Antonescu.

Până atunci, Ministerul sănătăţei va căuta să promoveze toate metodele de acţiune în domeniul medicinei preventive.

Vom face plăşi sanitare conduse de medici igienişti, cari se vor ocupa nu numai de profilaxia boalelor, dar şi de propaganda sanitară în mediul rural.

Vom stărui ca învăţământul de specializare în igienă să ia o mai mare desvoltare; iar învăţământul pentru pregătirea personalului sanitar auxiliar, va fi în întregime refăcut.

In mediul rural, acolo unde organizaţiunea noastră sanitară este deficitară, vom lucra prin **dispensare mobile**, *bine utilate şi conduse de medici-specialişti. Mai ales în regiunile unde fac ravagii unele boale sociale, cum sunt: malaria şi sifilisul, dispensarele mobile vor desfăşura o acţiune binefăcătoare.*

Pentru a înlătura epidemiile şi pentru a introduce în satele noastre normele de igienă individuală, vom căuta să construim cât mai multe cuptoare de deparazitare şi băi.

Situaţia actuală este destul de precară.

In adevăr, avem 197 cuptoare fixe de deparazitare şi 547 mobile, pentru cele 7.928 de sate ale vechiului regat.

Trebue să luptăm ca fiecare sat al ţării să aibă câte o bae şi cuptor de deparazitare, ca să putem ieşi dintr'o stare de inferioritate, pe care poporul nostru nu o merită.

O altă problemă de cea mai mare însemnătate pe care dorim s'o abordăm în colaborare cu ministerul educaţiei naţionale, este aceia a igienei şcolare, care din nefericire nu a fost încă soluţionată decât parţial şi incomplet.

Cei 4.545.904 copii şi tineri în vârstă dela 4 până la 20 ani, trebue să constitue o preocupare de fiecare moment atât din punct de vedere educativ, cât şi din punct de vedere al sănătăţei.

In acest scop, vom unifica şi generaliza fişa medicală care să urmărească pe copil de la vârsta de 4 ani în tot cursul şcolarităţii până la universitate sau în şcoalele practice.

Aceiaşi fişe va servi pentru orientarea profesională şi ne va da indicaţiuni preţioase pentru stagiul militar al tinerilor.

MEDICINA CURATIVĂ

La capitolul medicinei curative, dacă s'au făcut progrese însemnate în unele direcţiuni, organizaţia noastră sanitară are încă lipsuri impresionante.

Astfel nu avem maternităţi de cât în 19 judeţe din cele 48 ale ţării, cu 900 de paturi, deşi avem aproximativ 400.000 de naşteri anual.

Servicii de puericultură avem numai în 13 judeţe cu 880 paturi.

Servicii pentru boalele venerice avem în 13 judeţe cu 117 paturi.

Cel puţin pentru aceste trei specialităţi trebue să avem servicii de spital în fiecare judeţ. Ele se vor creia când împrejurările economice vor permite.

Suntem însă obligaţi să luăm de pe acum măsurile necesare pentru a pregăti specialiştii cari le vor conduce. Dacă un spital se clădeşte într'un an sau doi, unui specialist îi trebuesc cel puţin 4 ani de pregătire serioasă.

De aceia, Ministerul sănătăţei a luat iniţiativa să dirijeze pe medicii tineri cari sfârşesc anul acesta stagiul lor de internat, către specialităţile de care organizaţia sanitară a ţării, are mai multă nevoe.

ORGANIZAŢIA PROFESIONALĂ A MEDICILOR

O chestiune medicală de mare interes public este aceia a organizaţiei profesionale a medicilor, menită să supravegheze practica şi deontologia medicală, aducând în acelaş timp o colaborare preţioasă în studiul şi rezolvarea problemelor sanitare ale ţării.

In conformitate cu ultima lege asupra Colegiilor medicilor, mandatul actualelor comisii interimare expira la 4 Aprilie, iar în cursul lunei Martie trebuiau făcute alegerile pentru noile comitete.

Cum mulţi medici sunt concentraţi şi împrejurările ne cer o muncă intesă, am considerat că orice activitate electorală ar fi inoportună. De aceia am luat deciziunea ca toate colegiile medicilor să fie conduse de comisiuni interimare, în care vor fi numiţi medici cu o frumoasă reputaţie profesională.

*

Incheind, d. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţei, a făcut un călduros apel la membrii consiliului superior al sănătăţei, pentru o colaborare cât mai strânsă la conducerea Ministerului şi la rezolvarea problemelor ce se pun.

* * *

D. Prof. Dr. D. Manolescu a mulţumit d-lui ministru pentru convocarea consiliului sanitar superior şi pentru expunerea făcută asupra problemelor de ordin sanitar.

D. dr. St. Irimescu omagiază pe d. ministru şi mulţumeşte pentru lăudabila iniţiativă de a convoca reprezentanţii medicinei româneşti pentru rezolvarea problemelor expuse.

CHLORO-CALCION

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

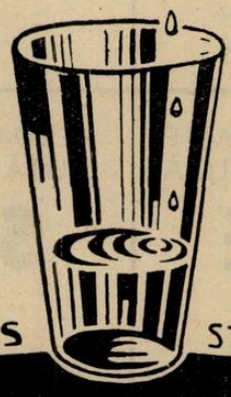
Hemostatic

Recalcifiant

Dechlorurant

DIRECT

ASSIMILABIL



LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

„ANIMASA"

Antisclerotic - Hypotensiv cu acțiunea progresivă și durabilă a fenomnelor subiective

Animasa tabl.

Extras proaspăt de artera tânără (tunica intima și medie) și elementele constitutive ale sângelui și serului. Substanță activă pro tabletă 0,05 gr. 3 ori pe zi 2 tablete.

Arterioscleroză incipientă Hypertensiuni medii. Turburări hypertensive și climacterice.

Animasa forte tabl.

Extr. proaspăt de tunică medie și intima . . . . . 0.10 gr.
Iod . . . . . 0.005 „
Bromalbumina . . . . 0.015 „
Nitroglicerina . . . . 0.001 „
Pro tabletă 3 ori pe zi 1 tabletă

Arterioscleroză înaintată Hypertensiuni mari. Anghina pectorală. Turburări grave arterosclerotice și hypertensive.

Animasa Injecții

Extr. proaspăt de intima și media 0,5 gr.
Sânge proaspăt . . . . . 1.0 „
Ficat . . . . . 0.5 „
Pro 1 cc. 3 ori săptămânal 1 fiolă

Hypertensiuni rebele în tratament combinat cu Animasa Forte.

ORGANOTHERAPEUTISCHE WERKE G. m. b. H. Osnabrueck

Literatură și eșantioane:

„SANOFORM" BUCUREȘTI I, CĂSUȚA POȘTALĂ 34.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT – 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN – BUCUREŞTI III – TELEFON: **2.11.78**

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Numiri la conducerea unor importante Instituţii de Sănătate

D. G-ral Ion Antonescu, Conducătorul Statului Român şi Preşedinte al Consiliului de Miniştri, a semnat decretele prin care se fac o serie de numiri la conducerea a trei importante instituţii de sănătate publică.

La Eforia Spitalelor Civile

D. Prof. Dr. Emil Crăciun a fost numit prim efor al Spitalelor Civile din Bucureşti, iar d. Conferenţiar Dr. Th. Saragea, director general al Eforiei Spitalelor Civile.

La Aşezămintele Brâncoveneşti

La conducerea Aşezămintelor Brâncoveneşti au fost numiţi d-nii:

Agregat Dr. E. Christide, medic primar al Aşezămintelor, ca epitrop şi

Em. Hagi Mosco, ca epitrop din partea familiei, fiind descendent de sânge.

D. Dr. Gh. Panaitescu a fost numit în postul de director medical al aşezămintelor.

La Liga contra Tuberculozei

La Liga naţională contra tuberculozei a fost reintegrat vechiul comitet de conducere sub preşidenţia d-lui Dr. I. Costinescu, fost ministru al sănătăţei.

Noua comisie administrativă a Ministerului Sănătăţei

In şedinţa sa de la 20 Februarie, Consiliul Superior al Sănătăţei publice, a ales noua comisiune adminstrativă a acestui departament, formată din D-nii: Profesor Dr. *Dan Teodorescu*, Docent *Dr. I. Ţeţu*, medic primar, Dr. *I. Apostolescu*, inspector general sanitar şi Dr. *Ioan Constantinescu*, medic primar.

Noul regulament asupra stagiului Studenţilor în medicină în spitalele şi serviciile publice ale Statului

In urma propunerilor făcute de cele trei Facultăţi de Medicină din ţară, s'a promulgat următorul Regulament asupra stagiului studenţilor în medicină în spitalele şi serviciile publice ale statului.

Art. 1. — Toţi studenţii în Medicină sunt obligaţi să facă un stagiu de două luni în cursul vacanţelor de vară, la unul din Spitalele sau Serviciile publice ale Statului.

De acest stagiu vor fi scutiţi numai internii şi externii Spitalelor.

Art. 2. — Stagiul începe după anul II şi se face regulat în fiecare vacanţă, inclusiv după terminarea anului VI.

Art. 3. — Stagiile după anul II se *vor face în Servicii de chirurgie, după* anul III şi IV de preferinţă în servicii de medicină internă.

Stagiul după anul V va fi făcut într'un serviciu public de medicină preventivă, într'un Spital de boli infecţioase sau Sociale.

Stagiul după anul VI va fi făcut într'un Serviciu de obstetrică sau într'un serviciu de chirurgie care are o secţie de obstetrică sau la alte servicii de specialitate.

Art. 4. — Facultăţile de Medicină împreună cu Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale vor selecţiona Serviciile din Ţară unde se vor face stagiile studenţilor.

Art. 5. — Studenţii vor fi repartizaţi pentru stagiu de Facultatea de Medicină, de preferinţă în judeţele unde familiile lor îşi au domiciliul.

In acest scop, ei vor completa o cerere formular, pe care o vor găsi la Decanat, în cursul lunei Aprilie.

Art. 6. — Medicii primari şi întreg personalul medical al Spitalelor Publice, vor colabora la instrucţia practică a studenţilor în medicină.

Art. 7. — Studenţii sunt obligaţi să respecte legile şi regulamentele Instituţiunilor unde îşi fac stagiul şi datoresc respectul medicilor cari se ocupă de instrucţia lor şi sunt datori să prepare chestiunile clinice ce li se vor prezenta.

La sfârşitul fiecărui stagiu, medicul primar va completa o fişă calificativă de frequentă şi aptitudini, cari se va trimite Facultăţii şi se va anexa la cazierul studentului.

Pentru externii şi internii spitalelor, aceste fişe se vor întocmi de medicii primarii în serviciul în care funcţionează.

Art. 8. — Profesorii Facultăţilor de Medicină şi întreg corpul Didactic, vor colabora la organizarea instrucţiei practice a studenţilor în cursul stagiului de vară.

In acest scop, Consiliile de Facultate vor elabora, în cursul lunei Mai, un program amănunţit, astfel ca activitatea studenţilor să se desfăşoare după norme unitare şi sub controlul Facultăţilor.

Art. 9. — Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale va acorda un ajutor pentru locuinţă şi hrană în spitalele sale, studentilor lipsiţi de mijloace, în limita disponibilităţilor bugetare.

Dat în Bucureşti la 18 Februarie 1941.

Conducătorul Statului Român şi Preşedintele Consiliului de Miniştri,
GENERAL I. ANTONESCU

Ministrul Educaţiei Naţionale, Cultelor şi Artelor,
General Rosetti

Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale,
Prof. Dr. P. Tomescu

Noui comisii interimare la conducerea colegiilor medicilor

Monitorul Oficial a publicat următorul decret-lege relativ la numirea unor noui comisiuni interimare, la conducerea Colegiilor medicilor.

Art. 1. — Colegiile medicilor vor fi conduse până la noui dispoziţiuni de comisiuni interimare numite de ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

Aceste comisii se vor compune din 5 membri în judeţele cari au mai mult de 200 medici şi din 3 membri în judeţele cu un număr mai mic de medici.

Comisiile interimare vor îndeplini şi atribuţiunile comisiilor de disciplină.

Art. 2. — Comisia interimară a jud. Ilfov va îndeplini pe lângă atribuţiile sale şi pe acelea ale Consiliului superior şi ale Comitetului executiv al colegiului medicilor.

Art. 3. — Actualele comisii interimare ale Colegiului medicilor se dizolvă.

Art. 4. — Ministerul muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale va putea dizolva comisiile interimare oricând va găsi necesar, în urma unui raport motivat al unuia din organele sale de control.

Art. 5. — Orice dispoziţiuni contrare prezentului decret-lege se abrogă.

Noul director al Societăţii Liga pentru combaterea tuberculozei

Comitetul de conducere al Societăţii «Liga naţională contra tuberculozei» a desemnat ca director al Ligii pe d. Dr. C. Bibicescu, directorul Sanatoriului T.B.C. dela Moroeni.

Concursul de Internat la Spitalele publice din Bucureşti şi Iaşi

Se aduce la cunoştinţa celor interesaţi că în ziua de Joi 27 Martie 1941, ora 9, se va începe la Bucureşti şi Iaşi concursul pentru ocuparea posturilor de interni.

La Bucureşti, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pentru ocuparea a 42 locuri.

La Iaşi, la Facultatea de Medicină pentru 25 locuri.

Candidaţii vor înainta cererile de înscriere cu cel puţin 15 zile înainte de ziua fixată pentru concurs, însoţite de următoarele acte:

a) Diploma sau certificatul de extern în medicină prin concurs şi cu un stagiu de cel puţin un an în acest post, sau certificatul de absolvire al Facultăţii de Medicină.

b) Certificat de activitate din partea şefilor serviciilor unde candidatul a funcţionat.

Inscrierile la concurs se fac la Ministerul Muncii Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale (Direcţia Personalului)

pentru București și la Inspectoratul General Sanitar, pentru celălalt centru universitar.

Concursul constă din următoarele probe:

a) O probă scrisă pentru două chestiuni, una de anatomie și cealaltă de fiziologie, din următoarele chestiuni:

Subiecte de anatomie

1. Cavitatea gurii. Vestibulul gurii. Dinții. Mucoasa gurii și glande-salivare. Limba. Vălul Palatului Vascularizație. Inervație). 2. Faringele: (Delimitare, Topografie. Impărțirea. Straturile sale și constituția lor. Vascularizația și inervația lui). 3. Organele branchiogene: (Inelul Faringian, Limfoepitelial, Timusul, Glanda tiroidă, Glandele paratiroide). Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație. 4. Fosele nazale și sinusurile paranazale: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 5. Laringele: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 6. Plămânii: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 7. Glanda mamară: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 8. Pleura: (Descripție. Raporturi. Inervație) 9) Mediastinul: (Definiție, topografia conținutului său). 10.Esofagul și stomacul: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 11. Căile biliare extrahepatice: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 12. Ficatul: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 13. Duodenul și Pancreasul: (Descripție. Topografie. Vascrlarizație. Inervație). 14. Jejuno-Ileonul și Mezenterul lor: (Descripție. Topografie. Vascularizatie. Inervație). 15. Cecul și Apendicele vermiform. Colonul ascendent, transvers, descendent: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 16. Colonul Pelvin și rectul: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație) 17. Splina: (Descripție. Topografie. Vascularizatie. Inervație). 18. Rinichiul. (Descripție. Topografie. Vascularizatie. Inervație). 19. Uretrele și Băsica udului: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 20. Testiculul, epididimul, canalul deferent, vizicula seminală, canalul ejaculator: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervatie). 21. Prostata. Uretra masculină. Penisul. (Descriptie. Topografie. Vascularizatie. Inervație). 22. Penisul la bărbat și la femeie: (Aparatul pasiv și aparat activ). (Descripție. Topografie. Vascularizație. Inervație). 23. Ovarul. (Descriere și diferitele sale faze functionale. Topografie. Vascularizație. Inervatie). Tuba uterină: (Descriere. Topografie. Vascularizatie. Inervație. 24. Uterul: (Descrie: re în fazele sale funcționale. Topografie. Vascularizația. Inervația. 25. Vaginul, vulva: (Descripție. Topografie. Vascularizație. Interventie). 26. Peritoneul pelvin la bărbat și la femeie: (Descriere comparativă). 27. Inima: (Configurația exterioară și raporturile. Aparatul valvular. Configurația interioară. Stratificarea pereților. Sistemul de conducere a excitațiunii. Vascularizație. Inervație). 28. Pericardul. Diafragmul: (Descriere. Topografie. Vascularizație. Inervație. 29. Aorta: (Descriere. Topografie. Enumerarea ramurilor în ordinea succesiunei lor și cu precizarea topografică a originii lor. Vascularizație. Inervație). 30. Vena Portală: (Descriere. Topografie. Afluentele ei prezentate dela origina lor până la terminația lor). 31. Măduva spinării: (Configurația externă. Topografie. Arhitectura ei. Vascularizație). 32. Fața externă a crerului mare. 33. Meningele rachidiane și crainiene, precum și formațiile coroidiane ale creerului mare. 34. Lanțul marelui simpatic: (Descriere. Topografie). 35. Nervul Pneumogastric: (Originele sale reale, traectul lui și al ramurilor sale. 36. Nervul facial: (Originele sale reale, traectul lui și al ramurilor lui, deficitul produs prin întreruperea lui. 37. Canalul inguinal. 38. Nervul trigemen: (Originele sale reale, traectul lui și al ramurilor sale. Dificitul produs prin întreruperea lui și a ramurilor lui principale). 39. Globul ocular: (Descripție. Vascularizatie. Inervație. Calea optică). 40. Canalul crural. 41. Articulația coxo-femorală: (Descripție. Rolul fiecăruiligament. Mișcările posibile. Muschii cărora li se datoreste fiecare din mișcări. Vascularizatie Inervație). 42. Aritculatia genunchiului. (Descriptie). Rolul fiecărnia din ligamente. Miscările posibile. Muschii cărora li se datorește fiecare din mișcări. Vascularizație. Inervație). 43. Articulația Scapulo-humerală: (Descripție. Rolul fiecărnia din ligamente. Miscările posibile. Muschii cărora li se datorează fiecare din miscări. Vasculizație. Inervație). 44. Articulația cotului: (Descriptie. Rolul fiecăruia din ligamente Mișcările posibile. Muschii cărora li se datorează fiecare din acele mișcări. Vasculizatie. Inervație). 45. Nervul sciatic: (Origina. Topografia. Ramuri. Teritoriul inervat, deficitul produs prin sectionarea lui).

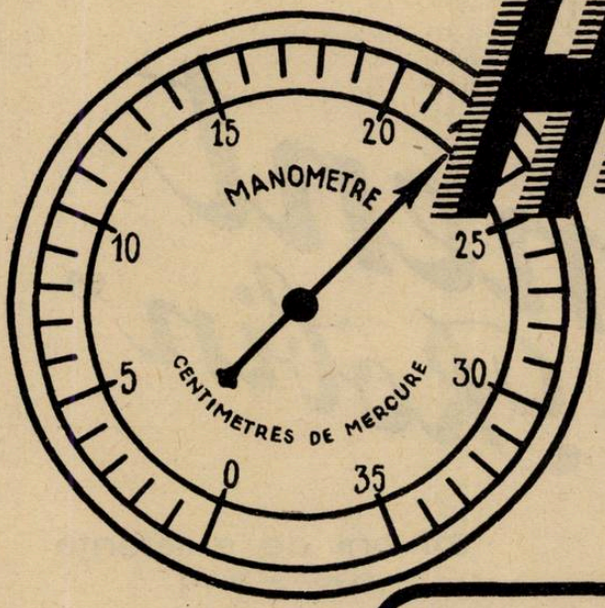
Subiecte de fiziologie

1. Saliva și functionarea glandelor salivare. 2. Masticația și diglutiția. 3. Fiziologia stomacului. 4. Fiziologia intestinului subțire. 5. Pancreasul ca glandă digestivă. 6. Bila și biligeneza. 7. Mecanica respirației și controlul miscărilor respiratorii. 8. Fenomenele chimice ale respirației. 9. Proprietățile mușchiului cardiac și regularea bătăilor inimii. 10. Pulsul și presiunea arterială. 11. Regularea reacției sanguine (echilibrul acido-bază). 12. Hemoglobina și rolul său în organism. 13. Limfa (compoziția, formarea și circulația sa). 14. Rolul ficatului în metabolismul hidrocarburilor. 15. Rolul ficatuluiîn metabolismul substantelor grase proteice. 16. Metabolismul substanțelor protetice. 17. Fiziologia rinichilor. 18. Urina și fiziologia vizicei urinare. 19. Funcția glandelor parathyroide. 20. Fiziologia lobului posterior și intermediar al hipofizei. 21. Fiziologia glandei thyroide. 22. Pancreasul endocrin. 23. Fiziologia splinei. 24. Fiziologia cortexului suprarenal. 25. Adrenalina și capsulele suprarenale. 26. Ovarul organ endocrin. 27. Testicolul organ endocrin. 28. Fiziologia menstruației. 29. Temperatura corpului. 30. Sensibilitatea cutanată. 31. Sensibilitate aprofundă și viscerală. 32. Modificări fizice și chimice în timpul funcționării mușchiului (contractia). 33. Circulația venoasă. 34. Funcția cerebelului. 35. Fiziologia nervului. 36. Lichidul cefalo-rachidian (origina, compoziția, circulația și functia lui). 37. Sistemul nervos simpatic și functia lui. 38. Sistemul nervos parasimpatic și functia lui. 39. Fiziologia vesiculei și a căilor biliare extrahepatice.

b) O probă orală de patologie internă din următoarele chestiuni.

Subiecte de patologie internă

1. Pneumonia (simpt. diag.). 2. Adenopatia tracheo-bronșică (simpt. diag. trat.). 3. Edemul pulmonar acut (simpt. diag. trat.). 4. Cancerul pulmonar (simpt. diag.). 5. Granulia tuberculoasă (simpt. diag.). 6. Gangrena pulmonară (simpt. diag.). 7. Abcesul pulmonar (simpt. diag. trat.). 8. Pleurezia sero-fibrinoasă (simpt. diag.). 9. Insuficienta aortică (simpt. diag.). 10 Strictura mitrală (simpt. diag.). 11. Endocardita reumatismală (simpt. diag.). 12. Insuficienta ventriculară stângă (simpt. diag.). 13. Asistolia (simpt. diag trat.). 14 Pericardită acută (simpt. diag.). 15. Anevrismul crosei aortice (simpt. diag.). 16. Angina pectorală (simptt diag trat.). 17. Maladia lui Hodkin (simpt. diag.). 18. Anemia pernicioasă (simpt. diag. trat.). 19. Leucemia mieloidă (simpt. diag. trat.). 20 Colică hepatică (simpt. diag. trat.). 21. Insuficiență hepatică (simpt. diag trat.). 22. Icterul infectios benign. (simpt. diag. trat.). 23. Cancerul hepatic primitiv (simpt. diag.). 24. Ciroza atrofică ascitogenă a ficatului (simpt. diag.). 25 Maladia lui Addison (simpt. diag. trat.). 26. Rachitismul (simpt. diag. trat.). 27. Complicațiunile diabetului zaharat. 28. Febra tifoidă (simpt. diag.). 29. Scarlatina (simpt. diag.). 30. Paludismul (simpt. diag. complicații trat.). 31. Gripa (simpt. diag. trat.). 32. Meningita cerebro-spinală epidemică (simpt. diag. trat.). 33. Pojarul (simpt. diag.). 34. Meningita tuberculoasă simpt. diag. trat.). 35. Comele (etiologie, simpt. diag. trat.). 36. Nefrita acută (simpt. diag. trat.). 37) Uremia (simpt. diag.). 38. Hemiplegia (simpt. diag.). 39. Hemoragia cerebrală (simpt.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

ENDOCRINOTERAPIE

Oboseală cerebrală, Surmenaj intelectual. Hipotensiune, Deficiență intelectuală infantilă. Astenie nervoasă.

POSOLOGIE: ½—3 dragele zilnic → **Stenopilan** EXTRACT TOTAL DE HIPOFIZĂ DRAGELE

Insuficiență suprarenală cronică. Boala lui Addison. Adinamia infecțiunilor și în convalescență. Vărsături incoercibile.

POSOLOGIE: Injecț. intramusc. la 1—2 zile → **Lipocorten** EXTRACT DE CORTEX SUPRARENAL FIOLE

Antidiuretic în tratamentul substitutiv al diabetului insipid.

POSOLOGIE: De prizat 2—3 ctgr. la 4 ore → **Retrofizin** EXTRACT DE LOB POSTERIOR HIPOFIZAR PULBERE

Hipotiroidie, Obezitate. Insuficiență tiroidiană benignă. Mixoedem, Edeme, Oligurie.

POSOLOGIE: ½—10 dragele zilnic → **Thyreocrin** EXTRACT TOTAL DE GLANDĂ THYROIDĂ DRAGELE

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI, 67 — TELEFON 4.98.08

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute** *şi* **cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fmoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoru.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

diag. trat.). 40. paralizia infantilă (simpt. diag.). 41. Angina difterică (simpt. diag. trat.). 42. Reumatismul poli artic. acut (simpt. diag. trat.). 43. Tabesul (simpt. diag.). 44. Epilepsia Bravais-Jaksoniană (simpt. diag.). 45. Colica Renală (simpt. diag. trat.). 46. Cancerul esofagului (simpt. diag.) 47. Cancerul Pancreasului (simpt. dinag.). 48. Mixoedemul (Insuf. tiroidiană). 49. Complicaţiile febrei tifoide. 50. Diagnosticul ascitelor. 51. Cancerul stomacului. 52. Tifosul exantematic (simpt. forme clinice trat.). 53. Febra recurentă (bacteor. simpt. trat.). 54. Holera (Bact. simpt. trat.). 55. Variola (simpt. diag. trat.). 56. Turbarea (etiolog. simpt. diag. trat.). 57. Scorbutul (etiolog. simpt. trat.). 58. Oreillonul (etiolog. simpt. diag. trat.). 59. Intoxicaţiile barbiturice. 60. Intoxicaţiile cu sodă caustică. 61. Intoxicaţiile cu arsenic. 62. Intoxicaţiile cu plumb. 63. Intoxicaţiile cu mercur. 4. Alcoolismul acut şi cronic. 65. Criza hpertrofică..

c) O probă orală de patologie externă din următoarele chestiuni.

Subiecte de Patologie Chirurgicală

1. Plăgile prin arme de foc (semne, tratament). 2. Sceptimiile şi Pyoemiile (etiologie, simpt, diag.). 3. Tetanos (forme clinice, diag. trat.). 4. Gangrena gazoasă (Etiol. simpt. trat.). 5. Erizipelul chirurgical (Etiol. simpt. trat.). 6. Tuberculoza chirurgicală (Simpt. diag. trat.). 7. Arsurile (anat. patologică, simpt. trat.). 8. Boala operatorie (patolog. diag. trat.). 9. Tumorile osoase (simpt. diag. trat.). 10. Infractul mezenterului (simpt. diag. trat.). 11. Fracturile bazei craniului (simpt. diag. trat.). 12. Plăgile penetrante ale craniului (simpt. diag. trat). 13. Hematoame intracraniene traumatice la adult. 14. Cancerul limbei (simpt siag. trat.). 15. Plăgile articulare (—simpt.) 16. Fracturile deschise ale membrelor. 17. Guşa parenchimatoasă (etiol. simpt. complicaţii trat.). 18. Guşa exoftalmică (simpt. diag. trat.). 19. Fracturile rachisului (simpt. diag. trat.). 20. Morbul Pott dorso-lombar (simpt. diag. trat.). 21. Morbul Pott (sub-occipital. 22. Cancerul mamelei (simpt. diag. Trat.). 23. Plăgile pleuro-pulmonare (simpt. diag. trat.). 24. Complicaţiile fracturilor coastelor. 25. Pleurezia purulentă (etiol. simpt. complic.). 26. Luxaţia antero-internă a umărului (simpt. diag. trat.). 27. Fractura extremit. sub. a humerusului (simpt. diag. trat.). 28. Fractura extremit. inf. a humerusului (simpt. diag. trat.). 29. Fractura extremit. inf. a radiusului. 30. Flegmoanele tecilor sinoviale palmare. 31. Tumora albă a cotului. 32. Fracturile gâtului femural (simpt. diag. trat.). 33. Luxaţia traumatică a şoldului (anat. patolog. simpt. trat.). 34. Fractura extremităţii inf. a femurului (simp. diag. trat.). 35. Fractura rotulei. 36. Leziunile traumatice ale meniscurilor genuchiului (simpt. diag. trat.). 37. Fracturile închise ale Gambei (simpt. diag. trat.). 38. Fractura Dupuytren (simpt. diag. trat.). 39. Coxalgia (simpt. diag. trat.). 40. Tumoră albă a genunchiului (simpt. diag. trat.). 41. Osteomielita acută a oaselor lungi (simpt. diag. trat.). 42. Gangrena de origină arterială a membrelor inf. (simpt. diag. trat.). 43. Flebita membrelor inf. (Etiolog. simpt. diag. trat.). 44. Anevrismul arterial şi arterio-vanos (simpt. diag. complic.). 45. Apendicita acută (simpt. diag. trat.). 46. Peritonitele acute (simpt. diag. trat.). 47. Abcesul subfrenic (simpt. diag. trat.). 48. Hemoragia internă. 49. Plăgile abdominale penetrante (eliolog. simpt. diag. trat.). 50. Pancreatită acută hemoragică (patog. simpt. diag. trat.). 51. Ulcer gastro-duodenal (simpt. diag. complicaţii). 52. Stenoza pilorică (etiolog. simpt. diag.). 53. Cancerul intestinului gros (simpt. diag. trat.). 54. Litiaza biliară (simpt. diag. complicaţii trat.). 55. Ocluzia intestinală acută (simpt. diag trat.). 56. Cancerul rectului (simpt. diag. trat.). 57. Stenozele rectale (etiolog. simpt. diag.). 58. Hernia crurală stangulată (simpt. diag. trat.). 59. Supuraţiile pulmonare (anatom. patolog. simpt. diag. complicaţii, tratament). 60. Cancerul colului uterin (simpt. diag. trat.). 61. Complicaţiile fibromului uterin. 62. Chistele ovarului (simpt. diag. complic.). 63. Sarcina extra-uterină (simpt. diag. trat.). 64. Metroragiile (etiolog simpt. diag trat.). 65. Diagnosticul şi tratamentul hematuriilor.

Noui norme pentru numirile şi transferările medicilor

Hotărîrile comisiei administrative a Ministerului Sănătăţei

La Ministerul Sănătăţei s'a ţinut Marţi 25 Februarie, prima şedinţă a nouei comisii administrative, compusă din d-nii: Prof. Dr. *Dan Teodorescu*, Dr. *I. Ţeţu*, docent universitar şi medic primar, Dr. *I. Apostolescu*, inspector general sanitar şi Dr. *Ioan Constantinescu*, medic primar.

Comisia a lucrat sub prezidenţia d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii, asistat de d-nii doctori *I. Stoichiţă* şi *S. Ţovaru*, secretari generali ai departamentului.

In cuvântarea de deschidere a acestei prime şedinţe, d. ministru al sănătăţei a exprimat dorinţa ca deciziunile comisiei administrative să fie luate în totdeauna într'un spirit de legalitate perfectă, de absolută obiectivitate şi de sinceră apreciere a meritelor.

Numai dacă vom lucra în acest spirit, vom reuşi să facem o dreaptă şi bună selecţionare a medicilor din serviciul Statului şi vom asigura o viaţă normală aparatului sanitar al ţării.

Cum această comisie are şi un rol disciplinar, d. *ministru Tomescu* face un călduros apel către toţi medicii, rugându-i să-şi facă datoria cu tot devotamentul, astfel ca această penibilă sarcină a comisiunei să nu fie nevoie a se exercita.

Comisiunea administrativă a luat următoarele hotărîri principale:

1. Din cauza marelui număr de medici funcţionari din Capitală, — aproximativ 1.400 — care contrastează cu lipsa de medici din multe regiuni ale ţării, comisia administrativă a ministerului sănătăţei a luat următoarele deciziuni:

a) In Capitală nu se mai numeşte şi nu se mai transferă nici un medic din provincie. Se exceptează numai locurile de conducere şi în acest caz hotărîrea va avea o dublă motivare: aceea că locul este absolut necesar pentru organizaţia sanitară şi candidatul îndeplineste toate condiţiunile de numire: vechime, concurs, activitate.

b) Toţi medicii detaşaţi în Capitală trec imediat la posturile în cari sunt numiţi şi pe cari le vor ocupa efectiv.

c) Nu se vor mai face detaşări de medici din provincie în Capitală.

2. Comisia administrativă a mai luat următoarele deciziuni pentru a se asigura normala funcţionare şi o mai bună utilizare a spitalelor:

a) Medicii primari în surplus, dublând pe titularii actuali, vor fi transferaţi în locurile vacante în prezent.

b) Se vor creia pentru plasarea acestor medici primari servicii de consultaţii gratuite la spitalele cari nu le au şi unde sunt necesare.

3. Pentru promovarea elementelor tinere se vor ţine concursurile prevăzute de legile sanitare atât pentru locurile de medici secundari cât şi pentru cele de medici primari de specialitate. Aceste concursuri nu s'au mai ţinut dintr'o regretabilă hotărîre din 1938.

Pregătirea medicilor specialişti de care ţara are nevoe

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale a convocat în ziua de 25 Februarie 1941 în sala de consiliu a Ministerului, seria de interni ai spitalelor din Bucureşti cari îşi termină stagiul la 1 Maiu.

D. Ministru a arătat că organizaţia sanitară a ţării are nevoe în viitor de buni specialişti în obstretică, puericultură, boale venerice şi stomatologie. De aceia consiliază pe tinerii doctori să îmbrăţişeze aceste specialităţi.

Pentru a le înlesni specializarea, Ministerul Sănătăţei, va creia mai multe locuri de medici secundari cari se vor ocupa prin concurs.

Pentru ca foştii interni ai spitalelor să se poată prezenta la concursurile

de medici secundari imediat după ce obţin titlul de Doctor, se va modifica regulaentul acestor concursuri cari cer candidaţilor un stagiu de practică medicală de doi ani pentru a fi înscrişi.

Din 35 de medici tineri, interni ai spitalelor din Bucureşti, s'au înscris: pentru obstetrică 6 candidaţi; pentru puericultură: 3; pentru boale venerice şi stomatologie câte un candidat.

Dacă metoda inaugurată în anul acesta se va continua în viitor, în curs de câţiva ani vom avea specialiştii de care ţara are nevoe.

Tablou de internii reuşiţi la concursul de internat ţinut în anul 1940 la Ministerul Sănătăţii

1. Dumitriu R. Radu ; 2. Vlad Maria ; 3. Rus Mircea Ludovic ; 4. Cănciulescu Maria Lucia ; 5. Gădescu Petre ; 6. Nicolau George ; 7. Stoianov C. Stoian ; 8. Georgescu Miron ; 9. Mihailidi Jean Dan ; 10. Tonitza N. Petre ; 11. Belu I. Constantin ; 12. Nichifor Gh. Ermil ; 13. Ionescu Gh. Mircea ; 14. Hâncu Gheorghe ; 15. Răsmeriţă Constanţa ; 16. Nagy Elisabeta; 17. Radu Cristian ; 18. Voinescu I. Dumitru ; 19. Neagu Valentin ; 20. Necula Emilia ; 21. Dumitrescu C. Viorica ; 22. Theil Mircea ; 24. Zamfirescu Ion Mircea ; 25. Ionescu Matiu Neagoe ; 26. Mihai Cornelia ; 27. Pâclişanu Gh. Zeno ; 28 Mracek Valeria ; 29. Priboianu Mihail ; 30. Mohor Sabina ; 31. Gheorghiu Natalia ; 32. Berceanu Ştefan ; 33. Chiriţescu Georgeta ; 34. Frunză Ioana ; 35. Grigorescu T. Elena ; 36. Robu Demetra ; 37. Rusu Aurel.

Profesorul Dr. Ion Minea

O veste tristă aduce sfârşitul neaşteptat al profesorului Ion Minea, titularul catedrei de Neurologie din Clujul refugiat.

De obârşie ardelenească, profesorul Minea şi-a făcut studiile sale la Facultatea de Medicină din Bucureşti şi ca student încă, a rămas alături de creatorul neurologiei române, de profesorul Marinescu. Alături de acesta cu un devotament, ce îşi avea originea în dragostea de cercetări în ogorul neurologiei şi în admiraţia pentru Maestrul său, a lucrat peste 20 de ani. E util de aceia să rememorăm cercetările de care Minea şi-a legat viaţa.

Primele cercetări ale lui Minea, în colaborare cu profesorul Gh. Marinescu, au fost asupra *regenerării nervoase;* ele, se poate spune, sunt azi clasice. In 1905 aplicând noua metodă a lui Cajal, demonstrează existenţa regenerării zise «autogene», punând în evidenţă şi o serie de amănunte structurale ca aparatele în spirală, bulele terminale, bifurcaţiile fibrelor nervoase, etc. Arată rolul important, pe care îl au nucleii tecilor lui Schwann în mecanismul regenerescenţei, atât în capătul central cât şi în cel periferic.

In 1906, tot în colaborarea maestrului său, aduce rezultatul cercetărilor de încă un an de zile în privinţa aceleiaşi probleme. Tot adată se ocupă de chestiunea regenerării măduvei la om. Intr'o mică notă, citată de numeroşi autori, arată că şi măduva secţionată are facultatea de a produce fibre, extrem de fine, ce au multe analogii cu cele din fenomenele de regenerare periferică.

Dar nu numai în leziunile spinale ca şi în leziunile cerebrale (în special cerebeloase) Minea şi Marinescu semnalează fenomene de regenerare, în sensul neurotizării focarelor patologice.

Memoriul «*Nouvelles contributions à l'étude de la régénérescence des fibres du système nerveaux central*» publicat în 1911 în «Journal für Psychologie u. Neurologie» şi «*Recherches sur les métamorphoses neuro-fibrillaires des fibres nerveuses périphériques sectionnées*» din Annales de Biologie (1911) sintetizează cercetările laborioase de câţiva ani de zile într'un domeniu unde nu se putea observa fenomenul nou de cât pe preparaţiuni cu technică desăvârşită.

In 1908 Minea în colaborarea profesorului Marinescu arată că degenerarea şi regenerarea fibrei nervoase sunt un fenomen vital influenţat de procesele metabolice ale organismului şi în special de funcţiunea corpului tiroid. Ablaţia acestuia întârzie metamorfoza fibrelor secţionate nervoase şi în special regenerarea acestora. Memoriul publicat în 1911 în annales de Biologie: «*Sur l'influence exercée par l'ablation totale du corps thyroïde et par l'insusfisance thyroïdienne sur la dégénérescence et la régénérescence des nerfs sectionnés*» aduce noi documente referitoare la această chestiune.

Incă din 1907 *Minea* cu *Marinescu* sunt preocupaţi de problema grefelor nervoase. Transplantând ganglionii simpatici în ficat, ei descriu modificările reţelei celulare. Aceste încercări duc pe Marinescu şi Minea la studiul — în care au fost printre precursori, alături de Nageotte — ai grefelor nervoase în medii de cultură. Marinescu împreună cu Minea isbutesc să obţină procese de creştere a fibrelor nervoase a ganglionilor spinali în vitro. Ei descriu chiar o «întinerire a culturilor de ganglioni spinali», deşi cum observă în memoriul lor: «*Nouvelles recherches sur la culture in vitro des ganglions spinaux des mammifères*» din Anatomischer Anzeiger (1914) celula nervooasă prin înalta sa diferenţiere a pierdut facultatea de a se reproduce indefinit, cum se întâmplă cu ţesutul cardiac în experienţele lui Carrel, celula nervoasă trăeşte numai un timp relativ scurt.

Un alt domeniu de un considerabil răsunet îl au cercetările lui Minea cu maestrul său asupra agentului sifilisului. In 1913, puţin timp după Noguchi şi primii după el, Minea cu Marinescu arată prezenţa treponemei pallida în scoarţa cerebrală a paraliticilor generali, ridicată prin biopsie.

Aceasta duce pe savanţii români să încerce aplicaţiuni de ser salvarsanizat introdus prin puncţie craniană în spaţiul arachnoidian cerebral. Era prima încercare îndrăzneaţă de tratament a unei boale, ce nu erta până atunci pe nimeni. Marinescu cu Minea au obţinut primele cazuri de remisiuni în această afecţiune.

Războiul a întrerupt cercetările atât de rodnice ale elevului şi maestrului. După războiu Minea este recomandat şi numit titular al catedrei de neurologie din Cluj. Aci a fost silit mai mult la o activitate clinică şi didactică. Totuşi Minea a continuat a lucra şi a găsi fapte noi. Cercetările lui de tratamennt în scleroza în plăgi prin lecitină, prin fermenţi anti-lipazici şi în urmă prin fermenţi antitriptici, au deschis noui căi în terapeutica unei boli incurabile. In orice caz ele au sugerat unor cercetători americani ca Brinkner, studii asupra lipazei şi antilipazei sângelui.

Regretatul profesor I. Minea a avut o viaţă de muncă îndârjită. Student, n'a pregetat a-şi trece externatul, internatul şi secundariatul unde s'a clasificat primul, lucrând la Spitalul Pantelimon. Adevărata sa direcţie de lucru a fost laboratorul. Ca şi pe marele său maestru, l'a condus entuziasmul şi munca, ambele au fost însă unite la el într'o fericită îmbinare, şi cu o desăvârşită abilitate technică.

Numai mulţumită acestor calităţi opera lui Minea fie în colaborare cu profesorul său, fie singură a îmbogăţit patrimoniul ştiinţei.

Societăţile medicale române, Academia de Medicină, pierd în el unul din cei mai distinşi membri, iar familia şi viaţa noastră românească, un om de o rară bunătate sufletească.

Dr. STATE DRAGANESCU

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE LÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

„ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE„

Despre acţiunea analgezică a Dolantinului

H.—J. Kiessig şi G. Orzechowski,
Inst. Farm. Kiel: Schmerz, Nark. u. Anästh. 1940 vol. 13 pag. 49

Pentru a controla experimental acţiunea analgezică a Dolatinului, s'a căutat întrucât Dolatinul poate suprima durerile, după excitarea electrică a pulpei dentare la câini. Cu această ocazie s'a constatat o diminuare netă a sensibilităţii dureroase datorită Dolatinului. Dolatinul are o acţiune asemănătoare cu a morfinei, deşi, calculată după greutate, aceasta este de 9—10 ori mai slabă decât a morfinei. Dacă se controlează Dolatinul cu o altă metodă — înlăturarea durerii după aplicarea unei cleme la rădăcina cozii la şoareci — atunci 30 mg. pe kg. de greutate sunt suficiente, pentru a suprima reacţia de apărarea faţă de durerea provocată experimental, timp de ¾ de oră şi pentru a alina durerea pentru încă o jumătate de oră. Au putut fi observate oarecari simptome centrale, ca fenomenul lui Straub la coada de şoarece, dar o acţiune narcotică netă nu a fost observată.

Aplicarea intramusculară de Evipan-sodic în intreventţille mari

K. Abel, Quiersand-Saar
(Fortschi. der Ther. Nr. 2, pag. 105)

In 4568 cazuri, Abel aplică pentru narcoză, fără vreo complicaţie, câte 10 cmc. Evipan-sodic. Această cantitate nu a fost depăşită decât foarte rar. Intre aceste 4568 narcoze efectuate cu Evipan, 2174 au fost executate numai cu Evipan (fără prenarcotice), apoi 714 cazuri de narcoze cu Evipan complectate prin anestezii locale şi 1680 cu eter. Fenomene accesorii nu au fost semnalate nici în aplicările combinate. Abel renunţă la aplicareaEvipan-ului în cazurile de abcese în cavitatea bucală şi faringe, în leziuni hepatice precum şi în nefrectomii. Premedicaţiunea cu morfină, etc. înseamnă o economie în Evipan. Pentru redeşteptare s'au administrat Lobelină, Icoral. In timpul din urmăAbel aplică soluţia de Evipan intramuscular, după schema următoare: Cu câteva zile înainte de operaţie, se administrează zilnic câte 50—100 cmc. glucoză 40%, intravenos, în seara dinaintea intervenţiei 0,51 g. Luminal, iar în ziua operaţiei se injectează intravenos încet (timp de 2 minute) 1 cmc. dintr'un amestec de Scopolamină - Eucodal - Ephetonină. După 15 minute se injectează 10 cmc. Evipan-sodic, intrafesier. Pe lângă aceasta se mai poate aplica anestezie locală. După această metodă, au fost operate cu succes şi fără vreo complicaţie 155 operaţiuni de stomac, 185 guşe. 40 prostate şi 25 hernii inguinale. In timp ce bolnavilor mai în vârstă, precum şi celor caşectici, le ajunge o cantitate de 5 cmc., în cazurile în cari se observă o nelinişte, urmează să se mai injecteze intramuscular încă 5 cmc. peste doza obişnuită (total 15 cmc.). In unele cazuri este nevoe ca în momentul închiderii pereţilor abdominali să se aplice pentru scurtă durată o narcoză prin inhalaţiune. La câţiva din bolnavii amintiţi li s'a injectat intravenos câte 3, maximum 3,5 cmc., Evipan-sodic, însă aceasta numai în cazuri foarte rare. Este însă de mare importanţă, ca injecţiile intrafesiere cu Evipan-sodic, să fie executate cu 30 minute înainte de operaţie. Somnul postnarcotic este de aproximativ 3—4 ore.

Despre aplicarea Evipanului sodic în marile intervenţiun chirurgicale precum şi aplicarea acestui medicament în caz de războiu

K. Lange şi H. von Wolffersdorf,
Spitalul orăşenesc Aue i. Sa. Chirurg. 1938: No. 19 pag. 681.

Lange administrează până în prezent în mai mult de 4000 intervenţiuni, narcoza cu Evipan sodic, fără incidente mai grave; în majoritatea cazurilor n'a fost necesară nici măcar administrarea de medicamente, pentru trezirea bolnavului. Evipan-ul sodic fusese administrat chiar şi în cele mai grave afecţiuni ca şi turburările hepatice (metastaze canceroase, ciroze, precum şi diferite forme de icter aseptic) în cazuri de emoragii abundente (ruptura trompelor, emoragii ale ficatului, splinei şi ale stomacului) în stările septice (ileus, peritonite, cu etiologii diferite) precum şi la diabet. Lange a reuşit să întrebuinţeze cu mare precauţie narcoza de Evipan sodic la 63 de bolnavi cu procese inflamatorii pronunţate ale faringelui, precum şi ale planşeului bucal. Bazat pe constatările şi experienţa personală, precum şi pe rezultatele experimentale în urma cercetărilor lui Weese (Zbl. Chirurg. 1939 No. 22) se recomandă ca inciziile să nu fie executate imediat după administrarea injecţiilor cu Evipan sodic ci abia în momentul când bolnavul redevine liniştit; narcoza asemănând cu somnul natural. Este însă de sine înţeles, că medicul nu poate recurge la aceasta decât atunci când posedă la perfecţie technica acestei aplicaţiuni.

Lange determină dozarea după acţiunea obţinută constatând totodată că la oamenii caşectici se obţine o narcoză perfectă după administrarea unei cantităţi de 1 cmc., ba chiar şi de ½ cmc. Evipan sodic. Deoarece la bolnavii cu alteraţiuni hepatice, narcoza în sine durează mai mult timp, este de recomandat ca la aceşti bolnavi să se dozeze în mod precaut renunţându-se în acelaşi timp la reinjectări ulterioare de Evipan-sodic. Primele narcoze cu Evipan-sodic au fost executate în urma unei aplicări prealabile cu Pantopon se poate folosi şi Scopolamina în doze de 0.0005 grame. Copiilor li se administrează jumătate din cantitatea indicată, în timp ce bătrânilor nu este recomandabil să li se administreze acest medicament. La unele operaţiuni interventia chirurgicală în sine se începe în anestezie locală cum ar fi spre exemplu laparatomiile. Cavitatea abdominală este deschisă în anestezie locală cu Novocainâ combinată cu un adaos de Suprarenină, Pantopon sau Corbasil, abia după această pregătire începe narcoza cu Evipan-sodic. In urma combinaţiei acestor trei factori şi anume: a Scopolaminei, a anesteziei locale, precum şi a Evipan-ului sodic s'a ajuns la o simplificare importantă a tehnicei operatorii. Inainte de aplicarea acestei metode stările de excitaţiune postoperatorice necesitau în 6—8 la sută o supraveghere; dela administrarea preoperativă a Scopolaminei aceste tulburări au dispărut cu totul. Lange este de părere că, combinaţia de Scopolamină, anestezia locală şi narcoză cu Evipan-sodic, graţie simplificării importante pe care o aduce tecnicei de narcoză, prezintă o importanţă deosebită, în special în chirurgia de războiu.

Drumuri noi în tratamentul reumatismului infecţios.

L. Trauner
Clinica psichiatrică Zagreb: Fortschr. Ther. 1940 No. 2 pag. 56

T. a încercat Paragen-ul în infecţiuni ca angina, flegmoane ale maxilarului inferior, panariţii şi sicoza bărbii. Deoarece a constatat în aceste cazuri o acţiune abortivă, a încercat Paragen-ul şi în reumatismul articular, dând în acelaş timp şi pyramidon şi salicylat. A administrat chiar unei fetiţe de 12 ani 4 cmc. de Paragen i. m., fără nici un efect nociv. La un alt bolnav în vârstă de 15 ani s'a administrat Paragen (împreună cu 0,9 gr. pyramidon sau 1,5 gr. aspirină pe zi) timp de 14 ziie şi după o săptămână din nou timp de 8 zile, până ce a survenit ameliorarea.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53. Bucureşti I. Tel: 3.92.86.

fabrica de produse chimice
aedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut. 99

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

PREPARATE NOI

AMBESID

TABLETE

(0,40 gr. aminobenzolsulfamidă)

*

AMBESID

SOLUBIL

(sulfamidă succinanilidă sodică)

Tablete şi injecţii a 2 şi 5 cc.

Indicat în infecţiunile cu streptococi, meningococi, stafilococi şi gonococi.

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA ATOXICĂ ŞI FĂRĂ ACCIDENTE, A STREPTOCOCIILOR, STAFILOCOCIILOR, MENINGOCOCIILOR ŞI COLIBACILURIILOR SIMPLE ŞI ASOCIATE

PREVENTIV ŞI CURATIV

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie — Gripă — Scarlatină Pneumonie — Broncho - Pneumonie — Pleuresie — Angine — Strepto - Difterie — Otite — Mastoidite—Meningite — Flegmoane — Dermatite — Pielonefrite — Cistite — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

COMPRIMATELE sunt singure suficiente, aproape în toate cazurile.

Adulţi : 6—12 pe zi.
Copii : Jumătate doză.

FIOLE de 5 cc. = 0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramusculară.

Adulţi : 2 — 3 pe zi
Copii : Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, se pot administra doze de 15—20 comprimate pe zi, fără nici un inconvenient

COLLUBIAZOL

Soluţie hidro-glicerinată de Rubiazol 5 %

Colutoriu pe bază de Rubiazol, pentru tratamentul local al infecţiunilor streptococice ale mucoaselor

CÂTEVA INDICAŢIUNI:

ANGINE roşii, purulente, pseudo - membranoase
STREPTO - DIFTERII. INFECŢIUNI RINO-FARINGIENE. STOMATITE. GINGIVITE. CERVICITE. VAGINITE ULCERAŢIUNILE COLULUI UTERIN.

NICI O IRITAŢIE — ACŢIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

Modul de întrebuinţare:

Instilaţiuni nasale: 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriţă la ½ pahar cu apă.
Pensulaţiuni: ale faringelui, amigdalelor şi gingiilor.
Spălături vaginale, 1 lingură la 1 litru de apă:
Badijonări ginecologice.

Laboratoires du Dr. ROUSSEL-PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21 38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX. No. 8 — 10 Lei Exemplarul — 15 Aprilie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ... SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. G. PROCA: *Porfirinele şi pelagra* 97

Dr. MARIUS GEORGESCU: *Sterilizarea ca mijloc de profilaxie a boalelor hereditare* 101

Dr. HORIA SLOBOZIANU: *Tratamentul conjonctivitei gonococice cu sulfapiridină* 108

Dr. GH. PODEANU şi GH. NICULESCU: *Cornul cutanat* 107

Pagina

ORGANIZAREA SANITARĂ

Problemele discutate de consiliul superior al sănătăţei: 109

Prof. C. IONESCU MIHĂEŞTI: *Starea actuală a vaccinării B. C. G. în România* 109

Prof. IULIU MOLDOVANU: *Medicina preventivă în mediul rural* . . 109

Dr. I. STOICHIŢĂ: *Descentralizarea administraţiei sanitare* 109

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Incheerea discuţiunilor şi concluziuni* . . 109

REVISTA CĂRŢII

Dr. State Drăgănescu şi Eugeniu Banu: Histopatologie des neuro-infections primitives humaines, recenzie de Dr. Şerban Brătianu 108

Pagina

RECENSĂMÂNTUL GENERAL AL MEDICILOR

Numărul medicilor în judeţe şi municipii; specialităţile ce practică; origina etnică; repartiţia la oraşe şi sate; procentul medicilor faţă de populaţia urbană şi rurală 110

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Concurs de medici secundari la Aşezămintele Brâncoveneşti; Mişcare în corpul medical; Dela Societatea de Radiologie şi Electrologie medicală; Constituirea fundaţiei Prof. Dr. Dimitrie şi Maria Gerota . . 112

Ulîron
BAYER
Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul
BLENORAGIEI
pe cale bucală. Tuburi cu 12 şi 24 tablete
»Bayer« LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

SUPPOSPASMINE

Supozitoare analgetice şi antispasmodice

EXTR. BELLADONAE	0.02 cg.	Acţiune asupra musculaturii netede, căreia îi suprimă spasmul.
PAPAVERINA . . .	0.03 «	
CODEINA FOSFORICĂ	0.03 «	
AMIDOPYRIN	0.03 «	Acţiune Analgetică, antitermică şi antiinfecţioasă.
ICHTYOL	0.025 «	Antiseptic, calmant şi antiflogistic.

INDICAŢIUNI

Prostatite, Cistite, Orchite, Epididimite, Dysmenoree, Metrite, Salpingite, Pelviperitonite, Dureri postoperatorii, Curetaje dureroase, Dureri hepatice şi renale (Colici, Inflamaţiuni, Litiaze). Hemoroizi
1-3 pe zi.

Pentru eliberări din farmacii nu este nevoie de reţete stampilate.

PENTACALCINE

Injecţii a 10 cc. intravenos şi intramuscular

Combinaţiune de **gluconat** cu **fosfat de calciu**, legaţi printr'un **radical organic**, obţinându-se o sare nouă de calciu cu proprietăţi bine definite :

dipropanoil fosfo-gluconat de calciu

Această nouă sare prezintă avantajul că **fixarea de calciu** se măreşte cu 25-30% faţă de gluconatul de calciu simplu, ceeace este un câştig enorm în terapeutică ; am mai isbândit să injectăm şi **fosfatul tribazic de calciu: cel mai puternic recalcificant dintre toate sărurile de calciu.**

Indicaţiuni

Tuberculoza sub toate formele: (pulmonară, osoasă, gastro-intestinală, ganglionară, peritoneală, etc.,) fracturi, turburări ale circulaţiuni capilare (urticaria, oedemul angio-neurotic), diverse maladii cutanate (psoriasis, prurit cronic, eczemă, dermatită exfoliativă, pityriasis rubra), hemoragii pulmonare, gastrice, uterine, hemoragii post operatorii, durpură, neurastenie, nervosism, etc.

Posologie.

1 fiolă zilnic sau la 2-3 zile.

Pudra

Fosfat tribazic de calciu	—	cel mai puternic recalcifiant
Fluorur de calciu	—	proprietăţi antiputride şi antifermentescibile şi neutralizant de acizi graşi cari, în exces, turbură actul digestiei şi provoacă demineralizarea.
Salicilat de calciu	—	remineralizant activ al terenurilor tuberculizate sau tuberculizabile.
Carbonat de calciu	—	favorizant al regenerări hematice în anemiile plastice.
Lactoză-diuretic Carbonat de magneziu-uşor laxativ		permite administrarea **Pentacalcinei** ori cât de prelungită, fără temere de inconvenient, asigurând chiar buna funcţionare a aparatului entero-renal.

Indicaţiuni.

Limfatism, anemie, debilitate, chloroză, rachitism, convalescenţe, tuberculoză. pretuberculoză, nervosism, neurastenie, fosfaturie, bronşite, turburări de osificare şi dentiţie, sarcină, alăptare, diaree persistentă, dispepsii acide, etc.

Posologie.

Adulţi: de trei ori pe zi, câte o linguriţă amestecată în puţină apă sau lapte înaintea meselor.
Copii: dozele se vor micşora după vârstă.
Sugaci: câte un vârf de cuţit, în biberon sau în fiertură, foarte bine amestecat.

Granule (iradiate)

Formula **Pentacalcinei** pudră, complectată cu **Ergosterină iradiată** (vitamina D) şi **Extract de ficat.**
Special indicate în toate cazurile în care trebue să se activeze atât din punctul de vedere al turburărilor vitaminice, cât şi ale celor de insuficienţă calcică.

Posologia

Aceeaş ca pentru **Pentacalcine** pudră, însă după fiecare perioadă de administrare de 15 zile, trebue făcută o pauză de 10 zile, în care timp se poate continua cu **Pentacalcine** pudră.

Literatură complectă şi eşantioane:

Farm. G. SIMONIU, Bucureşti III, B-d Vintilă Brătianu No. 5
Tel 2.79.50

HYGEA

ARTERONAL

TABLETE

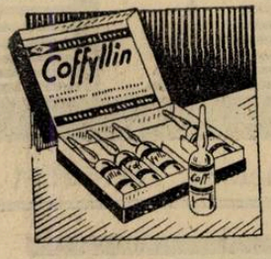
Simplex

Phenobarbit	0,03
Theobromin pur	0,40
Natr. nitros	0,03

Arterioscleroză
Ipertensiune arterială
Ipertonie
Anghină pectorală

Complex

Phenobarbit	0,02
Theobromin	0,20
Amidopyrin	0,10
Papaverin	0,02



COFFYLLIN

Injecţii Theophyllin pur
Coffein pur
10 cmc.

Suppositorii Theophyllin pur
Coffein pur

Afecţiuni cardiovasculare

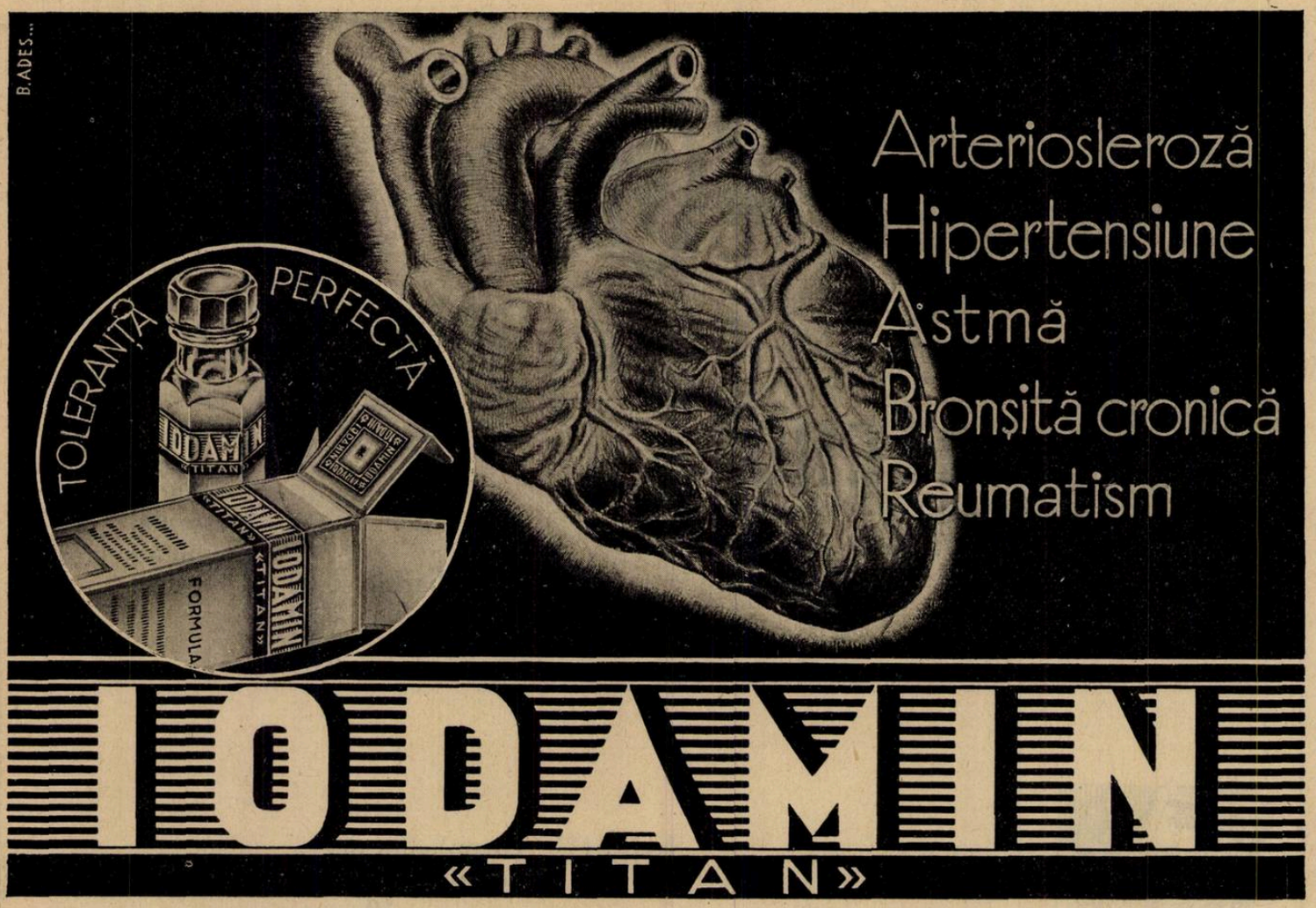
CALMAROL

SIROP

Natr. phenobarbit
Antipyrin
Natr. bromat
Tra Valerian spirt
Extr. Passiflor

Calmant al sistemului nervos central

HYGEA S. A. R. CLUJ
Fabrica pt. produse chimice şi farmaceutice
BUCUREŞTI
Splaiul Unirii, 127
TELEFON 4.22.44



IODAMIN

«TITAN»

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

Analgezic, antireumatic, antipiretic

Novalgin

Inlocueşte morfina chiar în cazuri grave de colică hepatică şi renală

In tablete, fiole şi flacoane picătoare.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa pentru România: Romigefa S. A. R., Bucureşti, Str. Brezoianu 53

Anul XIX. No. 8 10 Lei Exemp arul 15 Aprilie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

PORFIRINELE ŞI PELAGRA

Revistă critică

de Prof. Dr. G. PROCA

1. — Porfirinuria pelagroasă a trecut mult timp neobservată ; nu se căuta pigmentul porfirinic în urină, şi astăzi încă laboratoarele de analize medicale sunt lipsite de mijloacele trebuitoare pentru descoperirea şi dozarea porfirinelor.

M. Massa constată întâia oară în 1932 existenţa porfirinuriei în câteva cazuri de pelagră. *C. Roncoroni* găseşte mai apoi că alimentaţia cu porumb a cobaiului provoacă, pe lângă unele simptome tipice de pelagră (?) şi o eliminare crescută a porfirinei prin urină. Mai aproape de noi se descopere că urina pelagroşilor conţine adesea mai multă porfirină, după cum arată *Back, Ellinger şi Spies, Spies Gross şi Sasaki, Bassi, Ellinger şi Dojmi, Carredu*, ş. a. Autorii însă nu dau porfirinuriei pelagroase aceeaş semnificaţie, sau se abţin să atribue porfirinelor un rol definit în patogenia pelagrei. *Curt Carrié*, de pildă, aminteşte numai că *Massa* a găsit porfirina crescută în urină în două cazuri de pelagră, pe când el însuşi a văzut că acest simptom lipsea la pelagroşii pe cari a avut prileiul să-i examineze. *A. Vannotti* observă că porfirinuria nu este o manifestaţie constantă a pelagrei; după autorii pe cari îi citează el, — *U. Bassi, Ellinger şi Dojmi*, — numai 8 din 28 pelagroşi prezentau o porfirinurie manifestă, cantitatea de porfirină fiind cu deosebire crescută în stadiul activ al boalei ; — „în acest fel şi-ar găsi, în parte, explicaţia simptomele cutanate ale pelagrei». *G. Frontali* îşi motivează rezervele afirmând că studiile recente asupra copro porfirinei şi a uroporfirinei în cantitate mai mare în cazurile de pelagră «nu sânt încă destul de demonstrative ca să lămurească, în mecanismul său, influenţa patogenetică pe care o exercită fără îndoială lumina solară cu privire la unele manifestaţii ale pelagrei». *L. Riccitelli*, după ce constată că *U. Bassi*, — văzând marea asemănare dintre pelagră şi tabloul clinic al porfiriei acute, — şi-a orientat cercetările asupra rolului porfirinei în pelagră, recomandă din parte-i să se examineze în această boală metabolismul alterat al pigmentului porfirinic *«dati i rapporti che sempre piu stretti si vanno riconoscendo fra ricambio porfirinico e pellagra»*.

Ca să ne dăm seama de aceste raporturi, recunoscute din ce în ce mai strânse, între metabolismul porfirinelor şi pelagră, să căutăm cum se prezintă după cunoştinţele actuale problema acţiunii patogene a acestor substanţe fluorescente şi fotosensibilisatoare precum şi lămuririle pe care ni le dă studiul porfirinopatiilor în general.

2. — In stare normală urina conţine foarte puţină porfirină, sub forma de coproporfirină sau de uroporfirină şi mai rar ca protoporfirină ; cantitatea eliminată pe cale renală în 24 ore ce nu trece de 50—80 *miimi* de mgr. după *Fickentscher, Franke, Carrié*, etc., putând ajunge la maximum 0,2 mgr. *(L. Heilmeyer)*.

Când aceste valori de eliminare sânt depăşite avem a face cu o porfirinurie anormală, expresiune a unei produceri exagerate de porfirine, sau a unui metabolism pigmentar alterat. *Porfirinuria* se întâlneşte ca simptom asociat în diferite stări morbide, — boli febrile, boli de ficat, diabet zaharat etc., fără ca manifestaţii clinice deosebite să atragă atenţia asupra acestei anomalii. Alteori, chiar în cazuri de porfirinurie secundară, apar simptome caracteristice, datorite acţiunii patogene a porfirinelor, cum se întâmplă de ex. în intoxicaţia saturnină.

Fotosensibilisarea cutanată lipseşte de obiceiu în asemenea cazuri, sau nu se constată de când atunci când clinicianul o caută cu ajutorul razelor ultraviolete. Astfel *Guy Laroche, Saidman şi Serdaris* notează că toţi cei 12 diabetici pe cari i-au examinat erau hipersensibili, prezentând eritem cutanat simplu după un timp de expunere la razele U. V. mai scurt de cât pentru alţi bolnavi.

Când porfirinuria însoţeşte unele simptome sigure de acţiune toxică a porfirinelor, ne găsim în faţa unor boale *sui-generis*, care sânt descrise sub numele de *porfirii sau porfirinopatii*. Grupul nosografic, relativ nou, al porfiriilor cuprinde *porfiria idiopatică*, cu 3 forme clinice: abdominală, nervoasă şi cutanată, şi de altă parte *porfiria toxică*, după clasificaţia lui *Micheli* şi *Dominici*.

Porfiria cu simptomatologie cutanată este cea care seamănă mai mult cu pelagra, dar şi celelalte forme merită atenţie deosebită, cu atât mai mult cu cât în practică se întâlnesc porfirii mixte, sau cazuri cari fac trecerea dela o formă la alta în cursul boalei *(Mason şi Farnham)*.

Porfiria idiopatică cu simptomatologie cutanată, cuprinzând şi forma *congenitală*, se întâlneşte foarte rar: după *Riccitelli* abea se cunoşteau 70 cazuri publicate până la 1936. Formele grave de porfirie congenitală cronică amintesc de lepră, sau de lupus mai mult de cât de pelagră şi sânt caracterizate prin leziuni ale pielei, cu necroza ţesăturilor profunde, pierderi de substanţă şi mutilaţii. Dar, ca şi în pelagră, leziunile se produc sub influenţa luminii, cu deosebire primăvara, în părţile descoperite ale corpului, — faţă, nas, pavilionul urechilor şi mâini. Porfirinuria este «enormă», urina fiind colorată roşu-închis, ca vinul de Porto, sau de Bourgogne, zic autorii.

In alte cazuri manifestaţiile cutanate care însoţesc porfirinuria se mărginesc la o erupţie de vezicule, ca de *hydroa* vacciniformă, recidivantă, apărând primăvara şi lăsând după vin decare cicatrice indelebile şi pigmentarea pielei dimprejur. Fotosensibilizarea anormală a pielei se manifestă uneori numai prin o pigmentaţie difuză sau circumscrisă, în regiunea feţei şi a gâtului. Porfirinuria persistă, dar intensitatea ei nu se menţine tot timpul la acelaş nivel.

Simptomele abdominale constau din accese de dureri intense, localizate în regiunea stomacului mai ales, de unde se propagă în deosebite direcţii, adesea însoţite de vărsături, colici, constipaţie şi meteorism. Tabloul clinic imitează accidentele de apendicită acută, sau ocluzie intestinală atât de fidel uneori, încât bolnavii au fost operaţi de urgenţă, şi negreşit zadarnic. Inainte de acces, care ţine câteva ceasuri, se notează fenomene nervoase premonitorii: stări de iritabilitate, insomnie, osteneală şi deprimare. Accesele apar, — şi se pot repeta, cu deosebire primăvara şi toamna.

Dintre simptomele nervoase polinevrita este, după *Vannotti*, o complicaţie frecventă a porfiriei, de oarece se întâlneşte în 1/3 din cazuri. In primul loc sânt atinse simetric extremităţile inferioare; paraliziile, cu caracter ascendent, sânt uneori însoţite, sau edate de turburări ale sensibilităţii, — parestezii, hipo şi hiperestezii.

Ca turburări psichice au fost notate «foarte des» iritabilitate, stări de excitaţie şi accese epileptiforme, uneori

delir şi halucinaţii, sau deprimare şi hipochondrie.

Pe lângă porfiriile idiopatice, a căror etiologie rămâne obscură, intră în grupul porfirinopatiilor *porfiriile toxice*, determinate de câteva puţine otrăvuri, — unii compuşi barbiturici, sulfonal, trional, luminal; plumb, mercur, arsenic (salvarsan); safran şi benzol. Simptomatologia acestor porfirii aminteşte porfiriile idiopatice cu fenomene abdominale şi uneori nervoase. Porfirinuria poate să fie puţin însemnată, sau chiar să lipsească după cum se întâmplă să nu apară alte simptome caracteristice de porfirie; în particular se întâlneşte rar fotosensibilizarea cutanată. In intoxicaţia experimentală cu sulfonal la epure *(Perutz, Carrié)* s,a putut constata pe lângă porfirinurie şi hipersensibilitatea la razele ultraviolete. Spasmele intestinale şi spasmele vasculare observate în intoxicaţia saturnină sânt atribuite acţiunii toxice a porfirinei *(Massa, Carrié)*.

Trecând în revistă simptomele porfiriilor, *Carrié* ajunge la concluzia că aceste simptome caracteristice se produc independent de cauza care măreşte cantitatea pigmentului porfirinic din urină. Acţiunea patogenă a acestui pigment este clinicește dovedită de faptul că există un paralelism evident între intensitatea manifestărilor morbide şi cantitatea de porfirină eliminată.

3. — Porfirinele, care fac parte din grupul pigmenţilor tetrapirolici, sânt substanţe elaborate de celulele vii, — bacterii, levure, ciuperci, vegetale şi animale, — şi sânt întrebuinţate pentru nevoile proprii ale organismului. Servind ca metabolite, sau *piese* de construcţii moleculare mai complexe, porfirinele iau parte la sinteza fermenţilor de respiraţie celulară, — fermentul lui *Warburg*, citocromul, peroxidaza şi catalaza; tot sub forma de complexe metalice cu ferul, ele contribue la formarea hemoglobinei sanghine şi a celei musculare (myoglobina); în sfârşit, în combinaţie cu magneziul porfirinele fac posibilă sinteza clorofilei.

Porfirinele naturale libere mai au, afară de rolul lor plastic, şi un al doilea rol tot atât de important, dar încă rău precizat, de stimulente sau activatoare funcţionale (hematopoeză, metabolism al hidrocarbonatelor, *tonus*, nervos, etc.). Astfel, în concentraţii care pot fi numite fiziologice, porfirinele sânt, nu numai bine tolerate, ci indispensabile. Pentru menţinerea stării normale trebue să intervie un mecanism regulator, care să stabilească un echilibru între aportul şi producerea porfirinelor de o parte, şi felul de comportare a organismului faţă de aceste substanţe, pe de altă parte.

Când se produc stări de dezechilibru porfirinic, autorii vorbesc de o «*producere*» exagerată de porfirine, dar termenul este rău ales, de oarece nu numai producerea, ci şi imperfecta utilizare, eliminarea micşorată sau fixarea anormală a porfirinelor de către organism ar duce la acelaş rezultat. Examinând condiţiile în care iau naştere stările de dezechilibru porfirinic, ajungem să cunoaştem mai de aproape ipoteticul mecanism regulator care face să rămâe foarte redusă şi izbitor de constantă cantitatea de porfirină eliminată prin rinichi în 24 ore, cel puţin atunci când regimul alimentar mixt nu este schimbat cu timpul.

Origina porfirinelor care apar în urină este deosebită; o parte, şi nu mică provine din alimente, acestea conţinând regulat porfirine libere, sau substanţe din care iau naştere asemenea pigmenţi. Porfirine în stare liberă au fost găsite în *porumb*, grâu, cartofi, sfecle, pătlăgele roşii, ouă, lapte, etc.; toate zarzavaturile verzi, cu clorofilă, contribue în măsură largă la formarea porfirinelor în intestine, ca şi carnea şi sângele, sub acţiunea florei bacteriene, mai ales a celei anaerobii. Insăşi bacteriile intestinale produc prin sinteză o cantitate oarecare de porfirine. O parte din aceste substanţe de origină alimentară şi bacteriană este eliminată cu scaunele; altă parte, în proporţie variabilă şi în raport cu condiţiile de resorbţie intestinală trece în ficat, de unde se poate întoarce cu bila spre a fi eliminată pe aceeaş cale, cu modificările ce ar fi încercat porfirinele în trecerea lor prin ficat.

Acţiunea acestui organ asupra pigmentului porfirinic este dublă, putând transforma o etioporfirină de 4 ori carboxilată (coproporfirina), într'o etioporfirină de 8 ori carboxilată (uroporfirina) şi în acelaş timp lucrând ca un organ de dezintoxicare prin funcţiunea sa porfirinolitică, de distrugere a porfirinei, Experienţe *in vitro* pun bine în evidenţă această din urmă acţiune, după cum au arătat diverşi autori *(Suner, Perutz, Günther)*. Pulpa de ficat normal, amestecată cu o soluţie de porfirină, face să dispară pigmentul din soluţie după 24—36 ore la 37 gr. C.; pulpa altor organe rămâne inactivă. Repetând cercetările, *Schreus şi Carrié* au văzut că pulpa de ficat *normal* distruge complect coproporfirina, dar lasă intactă uroporfirina, care s'ar găsi chiar în cantitate mărită la sfârşitul experienţei. Pulpa de ficat provenind de la un animal intoxicat cu sulfonal nu mai distruge porfirina *(Perutz)*.

In vivo experienţele pe câine făcute de *Brugsch* i-au arătat că bila culeasă din viscula biliară (fistulă) conţinea numai a zecea parte din cantitatea de porfirină injectată subcutanat, pe când hemina (o feri-porfirină), injectată la fel se elimina aproape în întregime prin bilă. *Vannotti* presupune că «neutralizarea» porfirinei în ficat s'ar datora transformării pigmentului tetrapirolic în bilirubină. In cazurile de supraîncărcare a ficatului cu porfirinele resorbite din intestine s'ar produce o insuficienţă relativă a funcţiunii sale porfirinolitice şi o parte din pigmentul nemodificat ar pătrunde în circulaţia generală.

La porfirinele de resorbţie se adaugă totdeauna porfirinele de origină *endogenă*. Provenienţa acestor din urmă este încă nesigură; după teoria căreia i s'a zis *analitică* descompunerea hemoglobinei, după liza normală sau patologică a eritrocitelor, duce la scindarea hematinei în fier şi porfirină; scindarea s'ar face în ficatul sănătos, şi mai mult încă într'un ficat lezat, acest organ dând naştere nu numai pigmenţilor biliari, ci şi porfirinei ca produs colateral. In sprijinul acestei interpretări vin observaţiile de porfinurie crescută în urma hemolizelor febrile sau a celor toxice dar liza exagerată a hematiilor nu se însoţeşte constant de mărirea cantităţii de porfirină din sânge sau urină, şi invers, porfirinurii masive, — ca în porfinuria congenitală, se produc fără să se observe concomitent o hemoliză anormală sau stări anemice grave. Opiniunea că porfirinele endogene ar proveni din descompunerea citocromului, prezent în toate celulele, sau din hemoglobina musculară intră în aceeaş teorie analitică, dar nu se sprijină pe fapte mai demonstrative.

După teoria opusă, porfirinele ar lua naştere pe cale sintetică, reprezentând întâia fază a formării sau regenerării hemoglobinei în măduva osoasă, ca şi în musculatura striată. Sinteza pigmentului porfirinei s'ar face pe socoteala unor aminoacide, ca prolina şi triptofanul, care conţin piroli. Probabilitatea acestei hipoteze este întărită de experienţe care demonstrează că există micro organisme capabile să producă porfirine. Prezenţa acestor substanţe, ca pigment intracelular, în diferite organe s'ar explica prin producerea lor pe loc, *in situ*, mai uşor de cât dacă am admite pătrunderea în celule a porfirinei din sânge sau umori, în general aproape lipsite de pigment porfirinic liber în stare normală

Cele două teorii expuse nu se exclud după cum s'ar părea; într'adevăr în organism operaţiile de descompunere sau simplificare, catabolice, sânt operaţii diastazice, şi activitatea diastazelor, în general reversibilă, se desfăşoară în două sensuri. In cazul nostru fermenţii capabili să descompue hemoglobina, myoglobina sau citocromul în molecule mai simple de proteine, fer şi porfirine, ar avea în acelaş timp proprietatea de a înlesni uni-

SANEDRINE

Efedrină levógiră

TERAPEUTICĂ ANTIALERGICĂ

ASTM

RINITE SPASMODICE
BRONŞITE CRONICE

URTICARIE

PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR

PREVENIREA
ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE
POST-OPERATORIE
ASTENII
POST-INFECŢIOASE

Comprimate de 0,025 gr.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

Avitaminozele P. P.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Pe baza de acid nicotinic şi aminoacizi

2 Forme: Fioale injectabile conţinând 0,150 gr. acid nicotinic

Tablete conţinând 0,100 gr. acid nicotinic

Acţiunea rapidă în:

Pelagră
Turburări digestive
Porfirinurie
Afecţiuni cutanate
Turburări mintale
Surditatea sunetelor înalte.

Cutii cu 5,15 şi 50 fiole a 5,3 cc.
Flacoane cu 30 tablete.

Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3 Str. Sofia 30.

rea acestor molecule mai simple în complexe de felul compuşilor iniţiali: hematină sau hemină, citocrom şi hemoglobină. Această interpretare eclectică presupune că şi în cazul porfirinelor şi al complexelor porfirinice operaţiile catabolice şi anabolice din organism se datoresc într'adevăr unor diastaze sau fermenţi cu acţiune reversibilă, ceeace pare neîndoios.

Ipoteticul mecanism regulator al concentraţiei porfirinelor ar avea să stabilească un echilibru între cantitatea pigmentului porfirinic de resorbţie, mărită cu proporţia porfirinelor endogene şi de altă parte cantitatea întrebuinţată, eliminată şi distrusă. După cele ce am văzut, echilibrul ar fi realizat prin acţiunea ficatului şi prin operaţiile normale de sinteză a complexelor porfirinice, în presupunerea că eliminarea prin urină şi scaune nu este turburată.

4. — Concentraţia porfirinelor se menţine în limite fiziologice şi prin intervenţia altor factori de auto-regulare, dintre cari unii lucrează ca factori de neutralizare sau dezintoxicare.

Transformând porfirinele în leucobaze (*porfirinogen*) substanţele reductoare din organism le neutralizează. *Saillet* admite că trei sferturi din porfirina eliminată prin urină se găseşte în momentul emisiunii sub forma de porfirogen care numai cu timpul, în contact cu aerul şi la lumină se preface în porfirină activă; altfel leucobaza dă soluţii incolore şi pe cât se pare porfirinogenul, dacă nu este oxidat, nu are acţiune fototoxică *Fischer*, Bartolomäus *şi Röse* injectând cobailor porfirinogen constată că acţiunea fotodinamică a substanţei injectate se manifestă tocmai a 3-a zi, după ce leucobaza a avut timp să se transforme în porfirină. In aceste condiţii concentrarea pigmentului porfirinic atârnă şi de substanţele reductoare din organism.

Concentraţia porfirinelor libere din sânge stă sub înrâurirea şi a unui alt factor care contribue, în condiţii determinate, la dezintoxicarea organismului. Este vorba de afinitatea celulelor şi ţesuturilor pentru pigmentul porfirinic, pe care acestea îl reţin sau îl fixează în cantitate deosebită, în raport cu variaţiile afinităţii celulare şi tisulare faţă de profirinele din circulaţie.

Chiar în stare normală se găsesc eritrocite fluorescente, aşa zisele *fluorescyte (Keller* şi *Seggels)*, până la 1:1000, privite de *Vannotti* ca hematii care au fixat porfirină prin adsorbţie. După rezultatul experienţelor *in vitro* se pare că adsorb porfirină mai ales hematiile vechi, cele sărace în hemoglobină sau cele alterate. In fond avem afaceri cu un proces analog cu fenomenele de colorare artificială, colorantul fiind reprezentat de pigmentul porfirinic din sânge. Cu cât eritrocitele colorabile vor fi mai numeroase, cu atât va scădea mai mult concentraţia porfirinelor libere prin fixarea lor asuprar acestor elemente. Dacă porfirina se găseşte rar în serul normal, mai des în serul bolnavilor atinşi de porfirie, dar totdeauna în cantităţi mici, chiar în cazuri de porfirinurii masive, explicaţia trebue căutată şi în fenomenele descrise de adsorbţie din partea hematiilor

Globulele roşii nu sânt singurele elemente care pot fixa porfirinele libere. Examenul cu raze U. V. arată «cu mare regularitate» prezenţa porfirinei în piele, atât în cazuri de porfirie, cât şi la indivizi cu totul sănătoşi. Lipsa de acţiune fototoxică la aceştia din urmă se datoreşte probabil concentraţiei mai slabe de porfirină în ţesutul cutanat, concentraţie compatibilă cu integritatea organică şi funcţională a pielei, şi în acelaş timp poate chiar necesara, după cum presupune fiziologistul *K. Hober*. Depunerea porfirinei în piele realizează două efecte folositoare pentru organism, — constitue rezerve de pigment porfirinic, care ar putea fi mobilizat la nevoe şi sustrage o parte din porfirinele libere, punând astfel la adăpost de acţiunea lor vătămătoare ţesuturi şi organe de mai mare însemnătate vitală, cum este de ex. ţesutul nervos.

Observaţiile clinice şi experienţele pe animale arată concordant că porfirinele, şi în particular uroporfirina impregnează cu mare uşurinţă dentina şi oasele în timpul desvoltării lor, ca şi în cazurile de regenerare accidentală, după fracturi. Cantităţi mari de porfirină au fost găsite în sistemul osos, cu deosebire în porfirinopatii, putând colora oasele în roşu-brun. Ca şi fixarea în piele, depunerea porfirinei în ţesutul osos face să scadă porfirinemia, şi pe de altă parte constitue rezerve utilizabile în unele împrejurări. Procesul de fixare a porfirinei în oase este privit de *Vannotti* ca un proces de neutralizare, prin intermediul sărurilor de calciu.

Mobilizarea porfirinei din ţesutul osos se poate produce sub înrâurirea unei doze, sau a unui regim alimentar acidifiant. Experimental s'a văzut că administrarea magneziului la animale intoxicate cu plumb măreşte porfirinuria; explicarea ar fi că în aceste condiţii sânt mobilizate porfirinele din unele depozite, — din oase, din piele şi poate chiar din hematiile impregnate de pigment porfirinic.

5. — Simpla prezenţă a porfirinelor în organism nu constitue o anomalie; simptome morbide, de porfirie, apar odată cu creşterea concentraţiei şi cu acumularea pigmentului porfirinic în sânge şi în diverse organe sau ţesuturi, — intestine, piele, oase, sistem nervos poate. Accesele, observate şi în cursul porfiriilor cronice, coincid cu o porfirinurie exagerată, consecutivă unei trecătoare hiperporfirinemii Simptomatologia cu predominenţă abdominală denotă probabil acumularea porfirinelor în intestine, după cum simptomele cutanate corespund unei îngrămădiri de porfirină în piele. Cât despre turburările nervoase şi psihice din timpul acceselor acute, ne putem întreba dacă ele nu se datoresc porfirinelor pe care le pune în contact cu centrii nervoşi un sânge cu mai mult pigment porfirinic fixat pe hematii. *Vannotti* bănueşte că sistemul nervos ar putea avea o afinitate deosebită pentru porfirine.

In concentraţii destul de mari porfirinele sânt fără îndoială toxice la lumină, sau sub influenţa razelor ultraviolete. Eritrocitele dintr'o soluţie de hematoporfirină expusă la lumină se hemolizează mai repede; în concentraţie de 1:10000 aceeaş porfirină omoară infusoriile *(paramaecium)* după câteva minute de iradiere, pe când la întuneric pigmentul porfirinic rămâne inofensiv.

Şoarecii albi, cărora li se injectează porfirină, nu par incomodaţi cât timp sânt ţinuţi la întuneric, dar expuşi la o lumină intensă mor imediat sau după câteva ceasuri. Când moartea vine mai târziu, după 1—2 zile, pielea prezintă edeme însemnate, cu desfigurarea animalului Dozele fracţionate de porfirină şi expunerea pentru câte puţin timp la lumină fac să apară treptat necroze la urechi şi căderea părului *(Hausmann)*. In experienţele lui *Günther* 1 mgr. uroporfirină injectată şoarecilor albi provoacă după 10 minute de iradiere cu ultraviolete edem cutanat, roşeaţa cozii, dispnee, diaree şi pareza trenului posterior. La epure s'au notat şi paralizii, dar de obiceiu lipsesc fenomenele de sensibilizare cutanată; cu doze foarte mari de hematoporfirină, — 0,1 gr. la kgr. sau la epuri prealabil intoxicaţi cu sulfonal, se produce o erupţie de vesicule la urechi, ca reacţie de fotosensibilizare cutanată. Efecte asemănătoare de acţiune fototoxică s'au observat şi la şobolan şi cobai în urma injecţiilor de uroporfirină

Meyer-Betz, injectându-şi 0,2 gr. hematoporfirină, notează în auto-observaţia lui o durere persistentă în regiunea ficatului, fără alte turburări cât timp nu se expunea la lumină; a doua zi, numai după 10 min. de expunere la soare, experimentatorul observă roşeaţa şi infiltraţia edematoasă a pielei, în regiunile expuse, cu descuamare şi pigmentare consecutivă. Fotosensibilizarea cutanată ar fi durat mai multe săptămâni. O iradiere mai intensă cu ultraviolete, la 30 min. după injecţia porfirinei, a produs în locul atins leziuni grave: edem, vesicule şi necroze care au dus după 3 săptămâni

la formarea unei ulceraţii profunde, cu mers torpid.

Acţiunea toxică a porfirinelor asupra intestinelor pare independentă de influenţa luminei, cel puţin după experienţele făcute asupra epurelui. Diferitele segmente ale tubului digestiv, reacţionează deosebit, unele cu atonie, altele cu hipermotilitate şi spasme, dar în general se observă atonia stomacului şi a intestinului subţire, cu meteorism abdominal foarte intens, care poate persista câtva timp şi după eliminarea porfirinei injectate. Injecţiile intravenoase de porfirină dau aceleaşi efecte ca şi aplicaţiile locale, ceeace ar denota că o parte însemnată din pigmentul porfirinic injectat se elimină pe cale intestinală.

Afară de toxicitate, una din cele mai însemnate proprietăţi ale porfirinelor este capacitatea lor de a forma complexe saline cu aproape toate metalele, dintre care unele, — cum sânt cele rezultate din combinaţia cu ferul sau cuprul încetează să mai fie fluorescente şi fototoxice. Hematina, respectiv hemina, care face parte integrantă din hemoglobină, este o feri-porfirină; magnesium-porfirina intră în compoziţia clorofilei; o zinco-porfirină a fost găsită în urina unui bolnav de porfirie, acest din urmă complex metalic fiind încă fototoxic.

Acţiunea prelungită a luminei decolorează soluţiile primitiv roşii de porfirină şi face să dispară bandele caracteristice de absorbţie la examenul spectoscopic; în aceste condiţii pigmentul porfirinic este distrus printr'un proces ireversibil, fără să se cunoască modificările chimice pe care le sufere porfirina. La examenul microscopic al sângelui cu ajutorul razelor ultraviolete, fluorescenţa hematiilor dispare aproape instantaneu. Porfirinele din circulaţie şi din ţesuturi ar fi oare cu totul ferite de această acţiune distrugătoare a luminei?

Terapia porfirinică, cu aşa zisa hemato porfirină sintetică a lui *Nencki* (porfidina, fotodina din comerţ), ca şi tratamentul cu clorofilă, care măreşte cantitatea de porfirină eliminată prin urină *(Bürgi, Brugsch)*, atrag atenţia asupra altor proprietăţi ale pigmentului porfirinic, întru cât priveşte rolul acestuia ca stimulent al organelor hematopoetice şi al sistemului nervos, sau neuro-endocrinian *(Vannotti)*. Efectele utile ale tratamentului se obţin, în general, cu doze mici de porfirină *(Huhnerfeld)*.

6. — Pe vremuri *Bouchard* considera pelagra ca o boală cauzată de lumină; suprimaţi soarele, — zicea el, şi de fapt suprimaţi pelagra. Dar pelagrologii italieni, şi cei dintâi *Gherardini* şi *Strambio* văzuseră bine că soarele primăvăratic *«non suscita l'eritemo s: non sulla pelle denudata del già pellagroso; cioè che la pellagra precede* l'er*itemo*».

Cu alte cuvinte în pelagră, ca şi în cazurile de porfirie cronică cu simptomatologie cutanată, avem afaceo cu două serii de fenomene distincte: manifestaţiile cutanate provocate de lumina soarelui şi mai înainte turburările intime care dau pielei fotosensibilitatea ei exagerată şi în acelaş timp produc deosebite alte simptome.

Când *v. Tappeiner* a demonstrat că există substanţe colorante fluorescente, ca eozina de ex., care sânt fotodinamice sau fotoxice, lucrând ca atare numai sub influenţa luminii, unii pelagrologi au admis că eritemul pelagros se datoreşte intoxicaţiei organismului cu substanţe fotodinamice, de origină alimentară, maidică, fără să se fi precizat natura lor. Descoperirea porfirinuriei pelagroase dă o nouă orientare cercetărilor privitoare la patogenia încă obscură a pelagrei, în legătură cu proprietăţile porfirinelor şi cu rolul metabolismului porfirinic în diverse stări morbide, şi cu deosebire în *pofiriile cu simptomatologie cutanată*.

Cercetările făcute în această direcţie, până acum destul de puţine, arată că în adevăr porfirinuria se întâlneşte în pelagră, dar ca simptom inconstant. Pe de altă parte sângele şi urina pelagroşilor conţin uneori cantităţi foarte mici de porfirină. La copii pelagroşi *Frontali* găseşte cel mult 20 *miimi de mgr-* în urina de 24 ore, iar în sângele lor cel mult *13,25 miimi de mgr. la 1000.* Faptul se explică dacă observăm că în cazurile lui *Frontali*, şi chiar obişnuit, urina şi sângele bolnavilor nu sânt examinate mai multe zile de-arândul, sau la intervale şi în paralel cu evoluţia simptomelor, de preferinţă la începutul unui acces, în faza activă a pelagrei.

Se poate ca întâiul atac şi recidivele de primăvară să corespundă cu descărcarea bruscă şi masivă a depozitelor de porfirină din organism, sau să se producă în timpul unui aport excesiv de porfirine exogene. In perioadele de acalmie, fără manifestaţii clinice, s'ar acumula şi depune porfirinele, care nu ar fi fost neutralizate, sau întrebuinţate normal, ceeace ar micşora concentraţia pigmentului porfirinic în sânge şi urină, după cum am văzut că se întâmplă în cursul porfiriilor. Pentru verificarea acestei explicări lipsesc, în cazul pelagrei, analize sistematice şi destul de numeroase, ca să fie probante.

Eritemul pelagros s'ar datora «substanţei colorante cu fluorescenţă roşie şi acţiune toxică, de curând descoperită în porumb» *(W. Stepp)*, după cum hypericismul animalelor, — o porfirie cu porfirinurie şi fotosensibilizare cutanată, — se datoreşte *hy*pericinei din burueana *(hypericum crispum)* consumată de animalele îmbolnăvite. In cele din urmă hypericina a fost identificată cu micoporfirina; cât despre substanţa fluorescentă din porumb, natura ei chimică nu a fost determinată, dar s'a constatat sigur că porumbul conţine porfirină liberă.

Este interesant de notat că după *Günther* sexul femeesc este mai expus la porfirii şi că în general factorii individuali au un rol deosebit ca factori de predispoziţie. Acelaş fapt se observă şi în cazul pelagrei; raritatea acestei boale la copii, ca şi frecvenţa ei în raport direct cu vârsta îşi găsesc uşor explicarea, dacă manifestaţiile pelagrei se datoresc metabolismului alterat al porfirinelor ca şi porfirinopatiile propriu zise. In adevăr în perioada de creştere, la copii şi tineri, regenerarea eritrocitelor, desvoltarea muşchilor şi a scheletului fac să dispară din sânge porfirinele libere, — în parte întrebuinţate ca metabolite plastice, iar în parte fixate în ţesutul osos. In acelaş timp mijloacele de neutralizare a porfirinelor, şi în particular funcţiunea porfirinolitică a ficatului, ar putea interveni cu mai multă energie în copilărie şi tinereţe.

Dacă eritemul pelagros şi pigmentarea anormală a pielei în regiunile expuse la soare poate denota acţiunea fototoxică a porfirinei, după depunerea şi acumularea ei în ţesutul cutanat, simptomele abdominale, cele nervoase ca şi manifestaţiile psihice nu indică în mod vădit acţiunea aceluias agent, de şi fără îndoială există puncte de asemănare între aceste manifestaţii ale pelagrei şi simptomatologia unor forme particulare de porfirie.

Rolul luminei bogate în raze ultraviolete, după cât se pare mai ales primăvara, ar putea fi hotărâtor şi în manifestaţiile psihice ale pelagrei, de oarece acestea seamănă destul de bine cu *sequelele* lăsate de un atac de *insolaţie*, adesea asociat cu un *ictus* caloric *(Coup de chaleur)*. Accidentele consecutive sânt «o cefalee durabilă, turburări ale memoriei şi ale inteligenţei, neurastenie, vesanie», *(J. P. Langlois şi L. Binet)*. După *W. Osler* şi *Th. Mc Crae* urmările cronice ale insolaţiei sânt remarcabile, — pierderea puterei de concentraţie mintală şi slăbirea memoriei, uneori convulsii şi turburări mintale, după *Dercum* câteodată fenomene de neurită periferică. Frecvenţa, relativ mică, de 5—10% din toate cazurile de pelagră a formelor cu simptome psihice, ne permite să le considerăm ca accidente de muncă la ţară, în bătaia soarelui. La pelagroşi intensitatea acestor accidente pare mărită de prezenţa în centrii ervoşi a pigmentului porfirinic, după cum intensitatea şi evoluţia eritemului solar sânt modificate din cauza depunerii şi îngrămădirii porfirinei în piele, fapt care dă acestei manifestaţii

DOLANTIN

clorhidrat de 1 — metil 6 — 4 fenilpiperidina — 4 ester la acidului carbonic

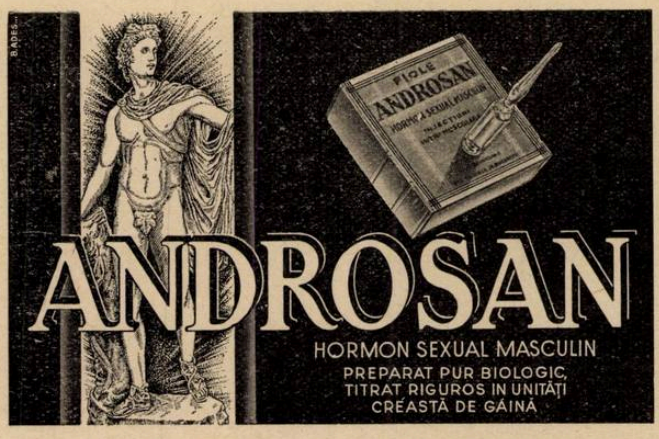
Spasmolitic și analgezic

DOLANTIN întrunește proprietăți spasmolitice desăvârșite cu o puternică componentă analgetică cu acțiune similară morfinei. Toleranță perfectă. La spasmele musculaturei netede, în colici și în diverse stări algice, chiar forme grave.

Tablete: Tuburi cu 10 și 20 de tablete de 25 mgr.
Soluție: Cutie cu 5 fiole de 2 cmc.
Supozitoare: Cutie cu 5 bucăți.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România :
„ROMIGEFA" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon : 3-92.86.



H E P A F E R

Principiul antianemic al ficatului

SIROP PENTRU COPII — FIOLE INJECTABILE — ELIXIR PENTRU ADULȚI

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. București, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

banale caracterul de eritem pelagros.

7. — Experienţe *in vitro* şi *in vivo* dovedesc neîndoios că porfirinele lucrează în anumite împrejurări ca substanţe toxice şi că fenomenele de intoxicaţie porfirinică experimentală reproduc simptomele caracteristice ale porfiriilor. Pe de altă parte unele manifestaţii ale pelagrei apropie această boală de porfiriile cu simptomatologie cutanată, ca şi de intoxicaţiile alimentare la animale, — hypericism şi fagopirism, — caracterizate prin porfirinurie şi fotosensibilizare a pielei.

Dar regimul alimentar pelagrogen este nu numai fotosensibilizator, ca hrana care îmbolnăveşte animalele cu simptome de intoxicaţie porfirinică; în acelaş timp regimul maidic necompensat este hipovitaminat, şi pentru numeroşi observatori pelagra este o boală prin carenţă multiplă, după expresiunea lui *W. Stepp*, sau «un mozaic de manifestaţii carenţiale» *(Sebrell)*. Poate că, prin lipsurile sale, regimul maidic necompesat influenţează metabolismul porfirinic.

Acidul ascorbic fiind un puternic reductor, insuficienţa acestui factor C ar lăsa porfirinele libere din sânge să circule nemodificate, în loc de a fi transformate, cel puţin în parte, în leucobaze sau porfirinogen inactiv.

Anacloridia, până la achilie totală şi consecutivă hipovitaminozei sau avitaminozei A, ca şi atonia stomacală şi intestinală pe care o produce hipo sau avitaminoza B_1 ar schimba condiţiile de producere şi resorbţie intestinală a porfirinelor din tubul digestiv. In acelaş timp fermentaţiile acide, asupra cărora atrăgeau atenţia *Slătineanu* şi colaboratorii, — fermentaţii favorizate de carenţa vitaminelor A şi B_1, ar putea provoca mobilizarea porfirinelor, prin descărcarea depozitelor din oase, de ex., după cum se întâmplă în porfirii.

După *Vannotti* porfiriile cu simptomatologie abdominală pot fi influenţate favorabil când sânt tratate cu lactoflavină, sau vitamina B_2, ca şi când insuficienţa sau lipsa acestei vitamine ar fi contribuind la producerea şi resorbţia anormală a porfirinei. In pelagră factorul B_2 este întrebuinţat asemenea cu folos, ca adjuvant al acidului nicotinic. Diferite tratamente încercate cu succes în porfirii dau, — sau ar putea să dea, rezuftate bune şi în pelagră, mai ales când ne aflăm în faţa unor simptome probabile de intoxicaţie porfirinică.

După cum a arătat *Carrié* încă din 1931 terapia cu ficat sau preparate de ficat dă rezultate bune în porfiria saturnină, ca şi în celelalte porfirii. Interesul acestei constatări, confirmată de numeroşi clinicieni, rezultă din faptul că aceeaş hepatoterapie convine şi pentru tratamentul pelagrei. De altfel astăzi se ştie că ficatul conţine multă substanţă antipelagroasă, identificată din 1937 cu acidul nicotinic. Insuşi acest acid, preparat sintetic, face să dispară porfirina din urină în caz de porfirii şi influenţează favorabil simptomele pelagrei.

Un tratament care ar merita să fie încercat în pelagră este cel recomandat de *H. Fischer* în porfirii, —anume tratamentul cu săruri de cupru, pornind de la constatarea că porfirinele formează cu unele metale, — cuprul şi fierul în deosebi, — complexe lipsite de fluorescenţă şi de fototoxicitate. Rezultatele mulţumitoare în pelagră, obţinute de medicii români şi câţiva străini, cu preparatele de fer, s'ar datora acestei proprietăţi a porfirinelor.

Tratamentul cu săruri de cupru ar verifica în parte dacă porfirinele libere intervin ca să producă unele simptome de pelagră. Totodată ar combate şi anemia care se întâlneşte la pelagroşi, de oarece după încercările făcute de *Cerza* la copii, sulfatul de cupru în doze de 4—5 mgr. pe zi, administrat timp de 25—30 zile, ameliorează aproape constant şi repede stările de anemie.

La sfârşitul acestei treceri în revistă se vede că rolul porfirinelor în pelagră rămâne probabil, dar constatările sigure lasă încă prea mare loc interpretărilor; în chestiuni capitale răspunsul la întrebările ce se pun este adesea o teorie. Să ne amintim însă de vorba lui *Duclaux: «toute théorie est bonne qui fait travailler»*, şi pornind de la ipotezele de lucru înfăţişate aici să cercetăm care sânt raporturile reale dintre porfirine şi simptomele pelagrei.

Monografiile publicate în 1936—37 de *Carrié*, de *Riccitelli* şi de *Vannotti*, tratând câte şi trele despre porfirine şi porfirii, constitue călăuze de care ne putem servi cu folos în clinică şi laborator.

STERILIZAREA CA MIJLOC DE PROFILAXIE A BOALELOR HEREDITARE

de Dr. MARIUS GEORGESCU

Idealul de a avea oameni cu o stare de sănătate cât mai înfloritoare a însufleţit popoarele din timpurile cele mai vechi. Mulţi scriitori filosofi şi medici din antichitate au cerut în scrierile lor ca omenirea să atingă nivelul cel mai ridicat de vigoare şi sănătate, prin o bună higienă preconcepţională, prin selecţiunea medicală a tinerilor înainte de căsătorie, prin suprimarea fără milă a copiilor degeneraţi, prin izolarea infirmilor în locuri îndepărtate de aşezările omeneşti şi prin alte multe măsuri.

Idealul unei omeniri superioare biologic şi moral nu a putut însă să fie atins dealungul sbuciumărilor şi frământărilor istoriei universale. Războaele, bolile şi epidemiile, criminalitatea şi vagabondajul, întinderea bolilor sociale ca sifilisul şi tuberculoza, starea de mizerie şi lipsa de cultură în care zăceau clasele de jos, marele număr de alienaţi, epileptici, etc., lăsaţi să procreeze fără frâu, au făcut ca omenirea să păşească în regres faţă de antichitate, când cel puţin se cultiva vigoarea fizică, uneori până la perfecţiune.

Vechea străduinţă de a se obţine generaţii sănătoase, lipsite de tare, nu s'a actualizat decât în secolul trecut, când autorul englez *Sir Francisc Galton* a scris cartea sa celebră asupra mijloacelor eugeniei, adică ale ştiinţei care studiază toate cauzele de degenerare fizică şi mintală, a popoarelor, arătând căile de acţiune pentru a îmbunătăţi biologia generaţiilor viitoare.

Aceste căi şi mijloace, pe cari geniul lui Galton le-a întrevăzut numai, au fost studiate, adâncite şi fixate de autori cari până în zilele noastre au desbătut şi desbat problemele de eugenie. Cel mai solid fundament în aplicarea practică a eugeniei este studiul eredităţii. Fenomen minunat în organizarea substanţei vii, poate cel mai minunat, hereditatea a fost obiectul studiilor unei întregi pleiade de savanţi şi cercetători, fără ca, din nefericire, toate problemele complicate ale mecanismului eredităţii să fi fost lămurite până în prezent.

Sunt însă un număr de boli şi tare unde transmiterea hereditară este aproape cunoscută, mai ales dela lucrările lui *Mendel* încoace. In aceste boale trebue să procedăm cu toată severitatea impusă de legile eredităţii şi de răspunderea pe care o purtăm pentru sănătatea generaţiilor viitoare ale neamului din care facem parte. Cei atinşi de această categorie de tare hereditare trebuesc eliminaţi, cu forţa chiar, dela posibilitatea de a avea descendenţi (cari moştenesc tara în proporţie de 50–100%.

In aceste consideraţii biologice, naţionale şi adânc umanitare, căci e vorba să scutim generaţia de mâine de elementele degenerate care o împovărează şi îi provoacă atâtea suferinţe, îşi găseşte justificarea principiul sterilizării în scop eugenic. Când la începutul acestui secol, unele state ame-

ricane au aplicat sterilizarea criminalilor din închisori şi a degeneraţilor, măsura aceasta a fost privită ca un snobism şi în tot cazul ca o măsură greu de generalizat. Părerea s'a perpetuat până în anul 1933, când guvernarea naţional socialistă din Germania a pus în aplicare cunoscuta lege a sterilizării. Rezultatele obţinute în timp de 7 ani de aplicare a sterilizării eugenice, la care s'a adăogat castrarea criminalilor recidivişti şi a unor categorii cu deosebire periculoase societăţii, a dovedit lumei ştiinţifice, că aceste măsuri pot deveni cu adevărat norme practice pentru uşurarea naţiunii de povara groaznică a degeneraţilor şi disgenicilor.

Sterilizarea trebueşte considerată separat, în aplicările ei la bărbat şi la femeie.

Lăsând la o parte procedeele şi indicaţiile sterilizării la bărbat (unde operaţiunea standard este legătura canalului deferent) vrem să consacrăm studiul care urmează sterilizării la femee. Desigur că la sexul femenin sterilizarea prezintă o însemnătate considerabilă şi problema trebue studiată sub toate înfăţişările ei, clinice, sociale şi chirurgicale. Problema se mai complică aci prin eventualitatea, legată de mai mari dificultăţi, de a interveni prin avortul eugenic, dacă nu s'a făcut din vreme sterilizarea.

Dorinţa noastră a fost de a da un studiu cât mai complect problemei şi credem că, cu materialul de care am dispus, am putut să satisfacem această dorinţă.

Consideraţii asupra sterilizărei la femee şi avortul eugenic.

Lucrările, asupra sterilizării ca mijloc de profilaxie a bolilor ereditare, s'au înmulţit foarte mult în ultimul timp. La lucrările clasice care au tratat problema teoretic, s'au adăogat o mulţime de constatări făcute după aplicarea practică a sterilizării bolnavilor mintali şi criminalilor în America, Germania şi alte ţări, cari au legiferat principiul sterilizării.

Mai puţin numeroase sunt lucrările asupra avortului eugenic. De altfel este natural, pentrucă eugenia şi medicina preventivă caută să suprime, prin sterilizarea la o vârstă tânără, în primul rând, capacitatea de reproducere la femeia cu tare. Numai în cazuri excepţionale, când femeia degenerată n'a fost sterilizată la timp şi a rămas gravidă, se pune chestiunea avortului eugenic.

Despre avortul eugenic m'am ocupat încă din anul 1934. Referindu-mă atunci la discuţiile congresului internaţional penal din Frankfurt din Septembrie 1932, am avut în vedere şi situaţia din România.

Arătam atunci că, după starea actuală a ştiinţei medicale şi eredităţii, întreruperea sarcinei pentru motive eugenice trebue admisă legal în cazurile indicate. Citam cazul lui *Maier W.*, Director al Clinicei Psihiatrice din Zurich, când «o femee cu debilitate mintală, cu 5 copii debili mintali şi cu un soţ decăzut şi alcoolic inveterat mărturisise incestul cu fiul ei mai mare, în urma căruia a rămas gravidă». Recunoaştem însă că legile eredităţii au valoare mai mult de noţiuni generale. In practică însă fiecare caz trebue individualizat de către medic, care va aprecia dacă oul destinat avortului va fi cu probabilitate un element împovărător pentru societate.

Asupra acestei probabilităţi am insistat în lucrarea mea «Protecţia medico-socială a Maternităţii», în 1937. La capitolul: Atitudinea de adoptat faţă de femeile tarate», mă raliam punctului de vedere care susţinea că este suficient ca probalitatea transmiterei tarei, dela mamă la copil, să fie mai mare decât procentul obişnuit al tarei respective în populaţia globală, pentruca sarcina — în cazul dat — să fie indezirabilă.

In anul 1935 avusesem ocazia să aduc problema avortului eugenic în discuţia publică. Atunci am cerut să se prevadă permisiunea avortului eugenic, când era temere serioasă că fătul ce se va naşte, va purta tare grave corporale sau mintale. Mai ceream ca la starea corporală şi mintală să se adaoge şi bolile nervoase, având în vedere bolile nervoase ereditare. Spuneam textual: «Este cel puţin curios să facem astăzi legi şi să ne ocupăm de înfiinţarea unor institute pentru selecţionarea ştiinţifică a raselor animale, fără a ne gândi măcar să luăm cele câteva măsuri elementare pentru a face profilaxia atâtor degeneraţi, viitori delicvenţi, cu întreţinerea cărora societatea îşi îngreunează sarcinele şi care alcătuesc la rândul lor un element de turburare a biologiei poporului nostru».

In cele din urmă pricipiul avortului eugenic a fost recunoscut prin articolul 484 al Codului Penal românesc, care permite întreruperea cursului normal al sarcinei, executată de un medic specialist, atunci când unul din părinţi este atins de alienaţie mintală şi este certitudine că fătul va purta grave tare mintale. Textul acestui articol vine totuşi în contra posibilităţilor de aplicare cu adevărat eugenică, căci condiţia certitudinei pe care o pune, nu va putea fi demonstrată de medic, în timp ce magistratul, străin de relativitatea datelor biologice, va pretinde să se dovedesacă transmiterea ereditară a tarei în 100 la 100 din cazuri.

Mai bună, mai ştiinţifică, este legea vortului eugenic în Germania, din 26 Iunie 1935. Această lege calcă dealtfel pe urmele legii sterilizării. Pentru a se putea întrerupe sarcina la femeile cu deficienţă mintală congenitală, demenţă precoce, ciclofreniile, epilepsie esenţială, orbire ereditară şi alcoolism ereditar grav, se cere un aviz al medicilor specialişti, cari să motiveze provocarea terapeutică a avortului.

Executarea este încredinţată oficiilor referente conduse de medici şefi. Femeia, ea însăşi, sau reprezentantul ei legal, trebue să ceară întreruperea sarcinei, iar interveţiunea nu este admisă dacă sarcina este mai mare de 6 luni.

Totuşi avortul terapeutic nu îl putem recomanda ca metodă ideală de selecţionare pentru naţiune. Avortul eugenic rămâne metoda indicată în cazurile în cari persoanele cu ereditate patologică nu au fost depistate la timp spre a fi sterilizate. De asemenea, atunci când măsurile de asistenţă, internare şi supraveghere a bolnavilor mintali ereditari sunt insuficiente. Aceşti bolnavi hereditari, lipsiţi de autocritică şi inhibiţie, procrează copii în număr mare, din cauza prolificităţii lor exagerate. Exemplul cel mai tipic îl găsim în satele de munte ale României, une cretinii şi cretinoizii guşaţi se înmulţesc dela o generaţie la alta, în număr impresionant.

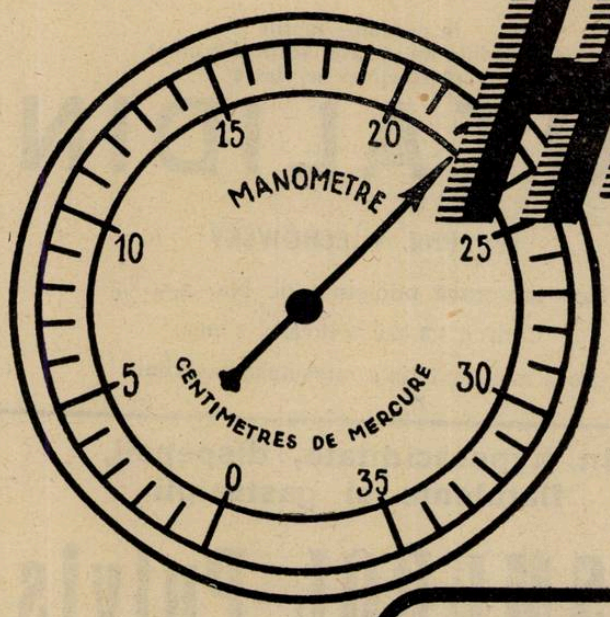
Mijlocul superior de profilaxie al bolilor ereditare rămâne fără nici o îndoială sterilizarea. Ea este astăzi, pentru cele mai multe ţări, o necesitate naţională.

Prof. *C. Daniel*, ocupându-se de sterilizarea operatorie la femee, arată că indicaţiunile sterilizării «se aseamănă în parte cu ale avortului terapeutic, cu diferenţa că aceasta din urmă este motivat de o stare anormală momentană, care nu se va repeta obligatoriu la o sarcină viitoare, pe când sterilizarea este indicată în stările patologice permanente, tocmai în scopul de a evita repetarea frecventă a avortului medical».

Sterilizarea la femee este necesară după indicaţiile pe care le rezumă Prof. *Daniel*, într'o serie de boli generale: tuberculoza pulmonară în evoluţie, nevindecabilă, mai ales la femeile trecute de 40 ani; tuberculoza laringee; cardiopatiile cu accidente gravido-cardiace; nefritele cronice; anumite boli nervoase şi mintale) şi în unele boli locale (basinurile strâmte, după 1—4 sarcini urmate de cezariană; rupturi uterine, sarcina ectopică la femeia care a avut una sau mai multe sarcini uterine.

Boalele Ereditare.

Pentru eugenia naţiunii, problema sterilizării, trebue să ne preocupe în cel mai înalt grad, în cazurile de boli



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :

Fiole a 1 cmc. conținând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conținând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3–4 cachete pe zi după mese.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na. 2,50%
Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.
Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24 Tel. 3.11.42

PRODUSELE LABORATOARELOR

CLIN

SALICILAT DE SODIU CLIN

Sare cristalizată albă, de o puritate chimică absolută, lipsită de fenoli şi acizi liberi.

INDICAŢIUNI GENERALE:

Aciditate şi perfectă toleranţă gastrică. Dozaj riguros: excipient şi cu gust plăcut, capabil de a favoriza difuzarea principiului activ.

INDICAŢIUNI LOCALE:

Soluţia de salicilat de sodiu Clin, dozată a 2 grame de lingură de supă: reumatismul articular acut şi complicaţiunile lui: Boli infecţioase. Sciatica.

FIOLE DE SALICILAT DE SODIU CLIN:

(soluţie a 5%, 10% glucozat Formula Bortem Rene Benard
Reumatismul articular acut. Encefalită
a 20%, 30%, 40% pentru tratamente sclerozante (varice)

Adrénaline Clin, Syucaïne, Injection Clin Strychno-Phospharsinée, Padéryl, Arsaminol, Enésol, Sulfo=Tréparsénan, Bi=Iodure de Mercure.

LABORATOARELE C L I N, Rue des Fossés St. Jacques = Paris V.

Reprezentant General pentru România:
GEORGES VERGLAS
Str. Precupeţii Vechi, Nr. 1 Bucureşti

mintale şi nervoase, cari constituesc tare ereditare, cu atât mai mult cu cât la noi există un număr mare de femei oligofrenice, schizofrenice, ciclofrenice, epileptice esenţiale, precum şi cretinele din regiunile cu endemie de guşă şi care toate conceap şi duc sarcina până la termen. Dar mai ales pentrucă «sterilizarea» nu numai că nu e legiferată în România, dar nici n'a fost luată în considerare ca problemă de viitor.

Mecanismul de transmitere ereditară a tarelor este azi destul de bine cunoscut şi foarte numeroase statistici ale autorilor specialişti arată proporţiile în care bolile degenerative se transmit dela părinţi la copii.

Să ne documentăm mai întâi asupra acestor boli degenerative la cari problema sterilizării s'ar impune mai mult sau mai puţin indiscutabil.

Intr'un prim lot se cuprind:

I. Oligofreniile, tare mintale, cari de timpuriu distrug capacităţile intelectuale ale individului, alături de intelect, degenerază întreaga personalitate sufletească, voinţa, simţirea şi moralitatea. Formele cele mai grave de oligofrenie sunt reprezentate de idioţie. Urmează formele mai puţin înaintate: imbecilitatea şi apoi forme din ce în ce mai uşoare, până la debilitatea mintală simplă.

In regiunile cu guşe, oligofrenia caracterizează cretinismul.

Cea mai mare parte din oligofrenici sunt bolnavi ereditari. Când unul din părinţi este oligofrenic, 40% din copii sunt şi ei oligofrenici. Atunci când amândoi părinţii sunt atinşi de această tară, peste 90% din copii rezultaţi sunt oligofrenici. (Rüdin).

Dacă uneori oligofreniile se datoresc unor factori exogeni, cum ar fi traumatismele obstetricale (fenomene de stază în creerul copilului, hemoragii şi leziuni definitive cerebrale) 85—90% din idioţi şi imbecili sunt ereditari. *(C. Brugger).*

Din părinţii imbecililor 20% sunt debili mintali şi 6% imbecili, *(C. Brugger).*

II. In al doilea rând, mai ales din punct de vedere etiologic, *alcoolismul* joacă un rol dacă nu atât de mare cum s'a crezut, dar destul de important. Această boală însă, constitue prin ea însăşi un factor degenerativ, motiv pentru care legea germană a sterilizării indică sterilizarea, în special în cazurile de alcoolism grav. Cam 7% din copii alcoolicilor cronici gravi sunt oligofrennici şi 16% sunt anormali mintali. *(Boss).*

Alcoolul alterează celulele sexuale şi prin aceasta exercită o acţiune degenerativă în perioada preconcepţională. Foarte importantă este acţiunea alcolismului concepţional, adică intoxicaţia acută alcoolică a părinţilor în momentul concepţiunii, cu acţiunea degenerativă asupra germenului. Trebue să menţionăm şi alcoolismul congenital şi alcoolismul prin alăptare. Pentru profilaxia bolilor ereditare are importanţă practică însă numai alcoolismul cronic inveterat, în urma căruia celulele sexuale au fost astfel alterate încât nu ne mai putem aştepta la o descendenţă normală. De altfel mulţi din alcoolicii cronici sunt elemente cu tare, indenpendent de abuzul de alcool.

III. O a treia grupă de boli mintale e caracterizată de *demenţa precoce,* care cu deosebire, are mare putere de transmisibilitate ereditară, la indivizii între 16 şi 40 ani şi în special sub 25 ani, ducând la o distrugere totală a personalităţii, la abulie, la lipsa complectă de afectivitate şi la o izolare complectă de lumea înconjurătoare.

In practică, se constată că descendenţii demenţilor precoci sunt anormali cam în 50% din cazuri; 9% sunt şi ei demenţi precoci, 18% sunt psihopaţi schizofrenoizi şi 23% suferă de alte boli mintale. Faţă de proporţia în care demenţa precoce se manifestă la populaţia unei ţări considerată în total, copiii de schizofrenici poartă această tară într'o proporţie de 20 ori mai mare. In general, putem spune că 50% din copiii de demenţi precoci sunt elemente degenerate. *(Luxenburger).*

IV. O altă grupă de boli care pune problema sterilizării şi a avortului eugenic o constitue *ciclofreniile.* Din părinţi ciclofrenici rezultă copii cu tare într'o proporţie, care merge dela 60% până la 100% din cazuri. In general se admite că peste o treime din copii sunt şi ei ciclofrenici, iar o altă jumătate sunt ciclofrenoizi. Cel puţin două treimi din descendenţii de ciclofrenici e de prevăzut că au o boală mintală.

Ciclofrenia nu e o boală atât de răspândită. In populaţia totală a unei ţări maniaco-depresivii sunt cam ½%. La descendenţii din ciclofrenici proporţia acestor bolnavi devine de 40 ori mai mare. *(Luxenburger* şi *Slater).*

V. Vine în urmă *epilepsia esenţială.* După unii autori numai 10% din toţi epilepticii esenţiali, descind din epileptici. Şi invers, dintre copiii epilepticilor tot cam 10% ar fi epileptici. Pentru profilaxia bolilor ereditare însă, prin sterilizare sau avortul eugenic, importanţa epilepsiei este mare. Epilepsia este de 3 ori mai răspândită în populaţie, decât demenţa precoce. Cercetările făcute în Institutele de alienaţi, deci în cerc închis de populaţie, arată procente mult mai mari de transmitere a epilepsiei prin ereditate. Până la 75% din epilepticii esenţiali internaţi ar fi ereditari. *(Villinger);* după unii autori 50% *(Conrad).* Este neîndoelnic că cel mult 50% din descendenţii epilepticilor esenţiali pot fi consideraţi normali, dar ceilalţi 50% sunt, ori epileptici, ori cu diverse boli mintale.

VI. O grupă mai mică o constitue *psihopaţii şi diverşi anormali mintali.* In principiu şi aceşti bolnavi ar trebui consideraţi, când vorbim despre sterilizare şi avortul eugenic.

Se pare că la grupa mare a psihopaţilor, indivizi cu anomalii mintale foarte variate şi destul de greu de clasificat clinceşte, aproape ¾ din descendenţi sunt la rândul lor, din punct de vedere psihic, anormali, iar o parte sunt oligofrenici. Printre aceşti descendenţi sunt foarte numeroşi cei cu psihoze revendicative, abulicii, pseudologii, lipsiţi de autocritică.

VII. O grupă interesantă, mai ales pentru ţara noastră o formează *guşa şi cretinismul guşaţilor. D. Danielopolu, Stoichiţa* şi *Comşa* au făcut cercetări amănunţite în regiunea Sibiu, regiune endemică cu guşe. In 89 sate cu 145.293 locuitori au fost examinaţi 26.028 elevi. Dintre aceştia au fost găsiţi guşaţi 2.382. (13¾).

După *Danielopolu* şi ceilalţi autori producerea unei tiroidii sporadice sau endemice necesită factori determinaţi şi factori predispunători. Factorii predispunători ar fi: alimentaţia insuficientă, carenţa iodată, sexul vârsta şi heredităţea.

Ereditatea joacă fără îndoială, un oarecare rol. Cu toate dificultăţile în care ne aflăm pentru a decide asupra acestei chestiuni, fiindcă toţi membrii familiei trăesc în aceleaşi condiţiuni, nu este mai puţin adevărat că în satele endemice, unde condiţiunile sunt aceleaşi pentru toţi locuitorii, există familii de tiroidieni. Rolul eredităţii este net pentru cretinism.

El poate fi susţinut şi în unele forme de tiroidii sporadice.

D. *Danielopolu, M. Derevici* şi *A. Derevici,* au făcut următoarea observaţie:

Un câine şi o căţea cu guşe din Vama (Judeţul Câmpulung din Bucovina) au fost instalaţi în Octombrie 1936 în Clinica lui *Danielopolu.* Hrana lor a fost la fel cu hrana celorlalţi câini. In luna Ianuarie 1937 s'au încrucişat cele două animale. In Aprilie au fătat 6 căţei, din care unul născut mort, la a cărui autopsie tiroida avea volumul normal. Din ceilalţi cinci, unul a făcut un abces tiroidian cu fistulă, alţi doi prezentau mărirea lobilor tiroidieni, de mărimea unei prune. Ceilalţi doi câini nimic deosebit; 4 din aceşti 5 câini au murit la vârsta de 8 luni, şi la toţi patru s'a găsit hipertrofia celor 2 lobi ai tiroidei. (lobi de 4 şi 5 ori mai mari decât normal).

Prin urmare la animalele guşate care au fost îndepărtate din focarul endemic şi deşi au fost supuse unei a-

limentaţii normale, guşa s'a transmis dela părinţi la pui.

VIII. In fine un ultim grup, pe cât de cuprinzător pe atât de interesant îl constitue *bolile nervoase*, sigur sau probabil hereditare.

1. Scleroza multiplă a creerului şi măduvei spinării;

2. Scleroza în plăci a fost atribuită de *Pierre Marie* unor cauze infecţioase şi inflamatorii. Dar *Strümpell* consideră scleroza în plăci ca o gliozâ multiplă, datorită unei predispoziţii anormale congenitale.

2. Ataxia hereditară (juverilă) sau boala lui Friedreich, care chiar Friedreich o constatase la început la mai mulţi fraţi şi surori din aceiaşi familie, are drept cauză o dispoziţie congenitală a anumitor sisteme de neuroni cari se atrofiază cu timpul. Boala lui Friederich se poate observa la mai multe generaţii pe rând.

3. Pentru scleroza laterală amiotrofică, *Strümpell* admite că într'o parte din cazuri sistemul motor este atins de o debilitate congenitală.

4. Atrofia musculară spinală progresivă, după *J. Hoffman* ş. a. poate fi hereditară. Atrofia musculară progresivă de tip Charcot-Marie, descrisă şi de *J. Hoffman, Strümpell*, etc. are adesea un pronunţat caracter hereditar şi familial. Se observă pe rând în 4—5 generaţii.

5. Distrofia musculară progresivă apare şi ea familial şi hereditar. După cercetările lui *Ken Kuré*, distrofia musculară progresivă s'ar datora unei degenerescenţe congenitale a inervaţiei autonome a muşchilor voluntari.

6. Boala lui Little (paraplegia spasmodică congenitală a copiilor) are, uneori, drept cauză, traumatisme obstetricale, iar alte ori leziuni congentinale (porencefalie, aplasie congenitală a centrilor motori). Apariţia ei este familială şi hereditară.

7. Siringomielia, rezultă aproape întotdeauna, după *Strümpell* dintr'un defect congenital al măduvei spinării. Traumatismele, nu fac decât să deslănţue predispoziţia congenitală.

8. Hereditatea joacă un oarecare rol şi în paralizia bulbară progresivă (paralizia gloso-labio laringee).

9. Boala lui *Wilson*, numită încă degenerescenţa progresivă lenticulară, după observaţiile lui *Homen, Strümpell*, etc. apare adesea familial, la fraţii şi surorile din aceiaşi familie.

10. Boala lui Thomsen (miotonia congenitală) este de cele mai multe ori o boală familială şi hereditară. Transmiterea se face mai mult în linie bărbătească.

Autorii români *G. Marinescu, N. Manicatide* şi *N. Ionescu-Siseşti* au insistat asupra unei încercări de regrupare a bolilor familiale ale măduvei spinării. Ei au arătat că nu se poate să nu considerăm importanţa factorului congenital într'un număr din ce în ce mai mare de boli ale sistemului nervos. Potenţialul de desvoltare morfologică şi psihică, cu care se naşte fiecare individ, comandă malformaţiile, cari apar apoi la copil şi la omul adult.

Autorii arată apoi că între paraplegia spasmodică familială şi boala lui Friederich nu există nici o frontieră reală. Clinicește, una se continuă cu cealaltă şi amândouă cu heredo-ataxia cerebeloasă, reunite între ele printr'un lanţ neîntrerupt de forme intermediare.

Aceiaşi autori grupează bolile familiare ale măduvei spinărei în trei grupe :

Grupa I-a ; *Boli degenerative.* Bolile degenerative sunt : paraplegia spasmodică familială, boala lui Friederich, heredo- ataxia cerebeloasă, boala lui Roussy şi Levy şi scleroza laterală amitrofică familială.

Grupa II-a : *Boli proliferative.* Bolile proliferative sunt gliomatoza cavitară familială sau ereditară, neurofibromatoza familială.

Grupa III-a : *Distrofiile sau agenezile.* Este vorba de boala lui Little, de malformaţiile medulare care însoţesc uneori spina bifida şi de hidromielii.

Suntem de acord cu autorii citaţi că că între bolile hereditare, bolile familiale şi cazurile congenitale, nu e decât o chestiune de grad, de potenţial hereditar. O aceiaşi boală poate avea uneori caracter hereditar sau familial, alte ori numai congenital.

Importanţa boalelor hereditare în România

Nu am putut să ne procurăm date numerice lămuritoare şi precise asupra bolnavilor hereditari în satele şi oraşele României. Spitalele noastre de boli mintale au statistici parţiale, din care rezultă unele proporţii pentru bolnavii mintali diverşi în raport cu populaţia regiunei pe care o deservesc şi fără discriminare între boale hereditare sau dobândite. Astfel *profesorul Tomescu*, arată într'un articol din Revista de Igienă Socială, că la Spitalul Central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti în cursul anului 1939, bolnavii proveniţi din Dobrogea erau în proporţie de 17,6 la 100.000 locuitori, bolnavi mintali ; din Oltenia 34.9 la 100.000 şi cei din Muntenia 26,1 la 100.000 locuitori. Acelaş autor stabileşte că din 100 bolnavi mintali din serviciul său erau 19,01 ciclofenici, 4,22 oligofrenici. Din aceasta se poate vedea că bolile hereditare sunt destul de răspândite în ţară noastră.

In această privinţă Dr. *G. Banu*, în articolul „Probleme de Eugenie în pătura rurală a României", publicat în acelaş număr festiv al revistei de Higienă socială, aduce contribuţii statistice mai bogate, arătând că numai în satele noastre avem 116.401 indivizi degeneraţi, adică infirmi fizici, debili mintali, guşaţi, cretini, imbecili, idioţi şi alienaţi. Nu trebue să ne îndoim că deosebit de aceşti degeneraţi hereditari, mai există un mare număr de indivizi la fel de bolnavi, dar neînregistraţi şi necunoscuţi de organele de anchetă sanitară.

Dar chiar luând cifra de aproape 120.000 degeneraţi pe care Dr. *Banu* o arată ca un minimum şi socotind că aproximativ jumătate sunt femei, rezultă, că avem cel puţin 60.000 de femei pentru care sarcina trebueşte evitată, adică ele trebuesc sterilizate. Şi este vorba numai de femeile dela ţară.

Imprejurarea că de când Dr. *Banu* şi-a publicat datele, populaţia României a scăzut, nu schimbă gravitatea şi seriozitatea problemei, căci în raport cu noua cifră a populaţiei, bolnavii hereditari au rămas tot atâta de numeroşi.

Procedee de sterilizare

Procedeele de sterilizare la femee sunt destul de numeroase şi numărul lor creşte paralel cu măsura în care progresează descoperirile biologice şi technica operatorie.

A. Laffont, profesor de clinică obstetricală la Facultatea de Medicină din Alger, a grupat procedeele de sterilizare în procedee fizice, biologice şi chirurgicale.

I. In aplicarea procedeelor fizice, care se reduc la folosirea razelor X şi a radium-ului, problema delicată este dozarea. *A. Laffont* arată că aplicarea de doze masive produce o distrugere destul de rapidă a ţesutului ovarian : la dozele mijlocii o parte din foliculii tineri pot scăpa de atrezie şi la dozele slabe evoluţia este activată. *Béclère, Gauss*, şi *Wintz* au reuşit să sterilizeze definitiv un număr de femei, recurgând la doze de 300-600 H sau 60.000 — 120.000 R.

Procedeele fizice provoacă însă des sterilizări brutale cu turburări menopauzice şi atingerea integrităţii ovarelor. Este în realitate o castrare. Dar în sterilizare noi vrem să menţinem integritatea funcţională a ovarului Pentru aceasta ar trebui să recurgem la doze slabe de raze X şi raze Gamma. In cazul acesta însă sterilizarea nu mai este decât temporară.

II. Procedeele biologice nu au mare importanţă practică deocamdată, dar sunt interesante pentrucă pun probleme şi ne lasă să întrezărim posibilităţi pentru viitor.

Medicaţia suverană a Insomniei
Nervosităţii şi a Nevralgiilor

CEREBROSAN

sirop

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Reconstituant energic în

Anemii

Debilitate

Convalescenţă

„Sapic" TONICUM

Sirop

Arsen — Cupru
Fier — Strichnină
Mangan — Glicerofosfaţi

Fiind plăcut la gust e luat şi de copii cu plăcere.

Pentru Calciterapia intensă

GLUCO-CALCIUM „Sapic"

soluţie stabilă de 10 % Gluconat de Calciu
pentru injecţii intramusculare şi intravenoase

fiole de 5 şi 10 cmc.

CALCINAT „Sapic"

tablete cu gust plăcut de ciocolată conţinând
fiecare 1,20 gr, Gluconat de Calciu.

Mostre şi literatură trimite la cerere:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

Tratamentul
ŞANCRULUI MOALE
şi al complicaţiilor sale:

Prin injecţiuni intramusculare
cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

PREPARAT PRIN PROCEDEUL Prof. Dr. NICOLAU şi Dr. BANCIU

DIN SURSE POLIVALENTE DE BACILI DUCREY

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

Este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră, permiţând tratamentul ambulatoriu.

Prezentarea: Cutii cu 6 fiole à 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate Farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Reprezentanţei generale: BUCUREŞTI, Str. Regală 10. — Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură oxi-infecţioasă la copii şi adulţi nu este decât:

„LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Emulsie pură de fermen-lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe bi-drocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

Indicat în:

Enterite acute şi cronice la copii şi adulţi, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, gută, urticaria, etc.

Doze: *Copii până la 3 ani o linguriţă la oră*
Copii dela 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor.
A dulţii 3—4 linguri înaintea meselor.

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

A. Laffont spune: „Dacă armonia endocrino-genitală, care prezidează la fenomenele de reproducere a fost turburată în intimitatea ei şi echilibrul intra-celular al ovarului a fost sdruncinat, atunci celula nobilă şi fragilă prin excelenţă s'a oprit definitiv sau temporar în funcţiunea care îi era hărăzită. Astfel sterilizarea individului, poate rezulta dintr'un dezechilibru endocrinian, humoral sau hormonal". Acest desechilibru se poate provoca experimental. Se poate provoca prin injecţie la femelă de hormoni spermatici. Introducerea spermatozoizilor pe cale subcutanată provoacă la animal o inhibiţiune momentană a funcţiunii externe a ovarului. *A. Laffont* şi *Fulconis* au obţinut sterilizări temporare de 6—8 luni prin injecţii de spermă. Injecţia parenterală de spermatozoizi este inofensivă şi tehnica ei este simplă. După teoria admisă, se produce o declanşare a unei stări humorale spermo-toxice şi modificări ale ovarului (apariţia de corpi galbeni).

Se poate steriliza şi prin hormoni ovarieni, introducându-se în organism ţesuturi de ovar, corp galben, placentă, extracte fetale. *Vogt şi Brouha* au sterilizat animale prin injecţii de extract de corp galben şi prin injecţiuni de foliculină.

A. Laffont şi *Schebat* au putut steriliza temporar, şoareci albi, prin injecţii zilnice de insulină. Se pare că insulina opreşte foliculii ovarieni în evoluţia lor.

Se poate steriliza, la animalele mici de laborator, cu lobul anterior al hipofisei (antehipofisa). După *Evans* şi *Simpson*, sunt aci doi hormoni. Primul opreşte maturaţia foliculilor, întârzie pubertatea, duce la atrezia corpilor galbeni şi pune uterul în repaos. Al doilea hormon favorizează maturaţia foliculilor, pubertatea precoce, formare de corpi galbeni şi desvoltarea uterului.

A. Laffont şi *Larribbre* au injectat la şoareci o soluţie uleioasă de lipoizi extraşi din lobul anterior de hipofiză; alţi şoareci au fost alimentaţi cu miez de pâine în care s'a încorporat 0,25 grame extract sec de lob anterior de hipofiză. Rezultatele au fost următoarele: la şoarecii martori: 2 indivizi şi 2 sarcini. La şoarecii alimentaţi cu miez de pâine: 2 indivizi şi 1 sarcină. La şoarecii injectaţi: 6 indivizi şi numai 1 sarcină.

III. Procedeele chirurgicale rămân metoda de elecţie pentru sterilizarea femeii în scop eugenic. Sterilizarea chirurgicală poate fi: uterină, ovariană sau tubară. Sterilizarea uterină a fost abandonată aproape.

Sterilizarea ovariană se face prin numeroase procedee. *A. Laffont* stabileşte trei tipuri schematice: incluzia intrainghinală, incluzia intraligamentară şi incluzia intraperitoneală.

Sterilizarea tubară este, cea mai importantă. Preconizatorul ei a fost *Blundel* în 1819. De atunci s'au adus perfecţionări neîncetate şi technici din ce în ce mai noi, acestui procedeu de sterilizare.

Să vedem care sunt părerile câtorva autori asupra procedeului de sterilizare cel mai preferabil. Făcând critica procedeelor de operaţie, contrar părerilor lui *Boeters şi G. A. Wagner*, *Mikulicz-Radecki*, respinge categoric histerectomiile, parţiale sau totale, vaginale sau abdominale.

Profesorul *C. Daniel* recomandă pentru sterilizarea definitivă, secţiunea urmată de înfundarea subperitoneală a ambelor bonturi tubare. Şi mai preferabilă este, după D-sa, excizia cuneiformă a trompei, pe care a practicat-o cu succes.

Metoda de sterilizare cea mai bună este astăzi metoda care atacă trompele şi din Statistica citată a lui *Mikulicz-Radecki*, reiese că din cele 5.559 femei sterilizate în Germania, 37.4 % au fost sterilizate prin stivirea trompei (operaţia lui Madlenner); 21,7 prin incluziuni ale ovarelor, 11% prin extirparea trompelor cu excizie cuneiformă din uter; 27,8 din femei au fost sterilizate prin excizia cuneiformă a porţiunei intra-murale a trompei, lăsându-se restul trompei, iar la 1,7 % s'au aplicat operaţii radicale (histerectomie totală, amputaţia supravaginală a uterului, extirparea anexelor, ovariectomie).

Operaţia lui *Madlener* şi extirparea porţiuni intramurale a trompei sunt cele două operaţiuni preferate. *Mikulicz-Radecki* preferă pe cea din urmă, căci e cea mai sigură pentru a obţine sterilitatea. El o practică sub anestezie generală cu eter, precedat de anestezie rectală cu avertin sau cu rectidon (în micro-clismă).

Ţările cari au introdus sterilizarea

In lucrarea sa „Hygiène de la race", la pag.324—325 Dr. *G. Banu*, arată astfel situaţia actuală a problemei sterilizării:

In *Suedia*, legea din 18 Mai 1934, cere ca individul tarat hereditar să aleagă între internarea în azil sau ospiciu şi sterilizare. Sterilizarea nu se aplică numai când există primejdie de transmitere a tarei, dar şi când turburarea mintală sau fizică provoacă incapacitate de a creşte copii.

In *Norvegia* tot prin o lege din 1934 s'a introdus sterilizarea pentru alienaţi unde nu e nici o nădejde de vindecare sau ameliorare şi este de prevăzut că individul va transmite descendenţilor săi diferite tare fizice şi psihice.

In *Finlanda* este introdusă din 1935 o lege asupra sterilizării disgenicilor, asemănătoare cu legea germană. Sterilizarea este indicată pentru idioţi, alienaţi, epileptici şi criminali sexuali.

Tot *G. Banu* ne arată că în Statele Unite ale Americei numărul sterilizărilor efectuate până la 1 Ianuarie 1937 a fost de 25.493. In *1933* a fost introdusă sterilizarea în *Germania* şi în *1935* în *Danemarca*.

In *Germania* a fost alcătuită cea mai complectă legea a sterilizării, cu grija de a împiedica perpetuarea nu mai a indivizilor despre care ştiinţa hereditătii admite aproape sigur că vor procrea copii bolnavi hereditari şi deasemeni cu siguranţa oferită interesaţilor că nu se va abuza supunându-se operaţiei, persoane care nu au nevoe de a fi sterilizate. Complectă şi ca enumerare a categoriilor sterilizabile, complectă şi ca garanţii contra abuzurilor (instituindu-se chiar comisii de judecată pentru apel şi recurs din partea celui lovit de rigorile legei). acestea sunt caracteristicile legii germane a sterilizării, pe care Cancelarul *Adolf Hitler* a promulgat-o la 14 Iulie 1933.

Părţile principale ale legii sunt următoarele:

Sunt consideraţi ca bolnavi hereditari supuşi sterilizării obligatorii: debilii mintali congentinali, demenţii precoci, maniaco-depresivii, epilepticii hereditari, purtătorii de defecte fizice grave hereditare, bolnavii de coree Huntigton, orbii hereditari şi uneori alcoolicii gravi.

Cererea de sterilizare este făcută, în principiu, de către bolnavul însuşi, în practică însă, cererea este introdusă de către curatorul bolnavului sau de către un medic oficial sau de directorul stabilimentului în care bolnavul hereditar se află internat.

Hotărârea (sentinţa) de sterilizare o dă aşa numitul tribunal al hereditătii, compus dintr'un judecător şi doi medici, din care unul trebue să fie specialist în problemele de hereditate. Sentinţa trebue să fie foarte bine motivată, pe baza probelor ştiinţifice produse în instanţă. Sentinţele sunt atacabile prin apel la Curţile Superioare ale hereditătii, compuse deasemenea dintr'un magistrat şi doi medici.

Operaţia sterilizării nu poate fi executată decât în instituţii bine amenajate pentru aceasta. Cheltuelile sunt suportate, după caz, fie de Casa Asigurărilor Sociale, fie de către organizaţiile de asistenţă, fie de către Stat.

Prin aplicarea acestei legi, Germa

nia a reuşit să suprime în parte, şi desigur va suprima în viitor tot mai mult primejdia de a se vedea că până în trei generaţii naţiunea e invadată de degeneraţi. Acesta era într'adevăr spectrul care plana deasupra poporului german înainte de anul 1933. Totodată Statul a putut să economisească din buget zeci de milioane de mărci pe an, care se risipeau cu îngrijirea şi hrana copiilor născuţi din idioţi, epileptici, schizofrenici, etc.

Concluziuni

Sterilizarea femeilor cu anumite tare transmisibile asupra descendenţei este astăzi după legislaţia şi experienţa făcută într'un număr de ţări din Europa şi din America, o măsură necesară, care poate fi pusă în practică, fără prejudicii pentru femeie şi cu mari foloase pentru eugenia naţiunei.

După starea cunoşinţelor actuale, indicaţiile pentru sterilizare sunt: oligofreniile, demenţa precoce, ciclofreniile, epilepsia esenţială, guşa cu cretinism şi unele boli nervoase despre care ştim că sunt sigur hereditare. La toate aceste bolnave şi degenerate vom căuta să practicăm din vreme sterilizarea. Acolo unde ea nu s'a făcut în timp util, ceeace a permis ca femeea cu tare să rămână gravidă, vom recurge la avortul eugenic, urmat însă de operaţiunea sterilizării, pentru a împiedica o viitoate concepţiune.

Dacă vrem ca într'adevăr sterilizarea să devie măsură practică, generalizată şi aplicabilă, fără mari dificultăţi şi complicaţii, vom practica la fetele tinere, cărora specialiştii le vor pune din vreme diagnosticul de boală hereditară. Această sterilizare după cele mai multe opinii, se poate face în cele mai bune condiţiuni la fetele până la 15 ani.

Nu vom insista asupra avantajelor şi desavantajelor fiecăreia din operaţiile de sterilizare de cari ne vom ocupa cu altă ocazie. Dar, pentru introducerea în practica curentă chirurgicală şi ginecologică credem că cele mai bune operaţiuni sunt exciziunea intramurală a trompei după *Mikulicz-Radecki* şi strivirea trompelor după *Madlener*.

In România nu se mai poate întârzia cu introducerea prin lege, a sterilizării celor câteva zeci de mii de femei despre care ştim sigur că vor da naştere la copii degeneraţi. Nu putem considera ca măsură suficientă articolul din codul nostru penal care se ocupă de avortul eugenic. Acest articol este incomplect, neprecis şi dă loc la interpretări supuse bunului plac individual. Apoi am văzut că avortul eugenic nu este măsura cea mai bună şi el nu poate interveni decât tardiv, adesea după ce femeea a născut unul sau mai mulţi copii degeneraţi, iar dacă avortul nu este urmat de sterilizare, pericolul eugenic pentru naţiune persistă.

In viitor va trebui ca sterilizarea şi avortul eugenic să fie prevăzute într'o lege specială. Sterilizarea va fi impusă obligator în cazurile indicate (nu se va cere consimţământul interesatei), după avizul unei comisiuni de specialişti care va hotărî pentru fiecare caz. Sterilizarea şi avortul eugenic nu vor putea fi făcute decât în instituţii mari, în secţiuni speciale, cu confort şi cu întreg instrumentariul chirurgical şi obstetrical necesar.

Ministerul Sănătăţii este singur în măsură de a fixa lista medicilor care vor forma comisiunile de sterilizare şi a chirurgilor, ginecologilor şi obstreticienilor care pot executa operaţiunile de sterilizare şi avort eugenic.

Bibliografie

L'Hygiène de la Race, Etude de Biologie Héréditaire et de Normalisation de la Race, Masson 1939, *D. G. Banu.*

Die Praxis der Sterilisierungsoperationen, Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1936, de *K. H. Bauer* şi *F. V. Mikulicz-Radecki.*

Erbanlage und Epilepsie, Zeitschr. f. Neurologie H. 2 1935, H. 2 1936 şi H. 4 1936, de K. Conrad.

Zur Operationen Methodik der weiblichen Sterilisierung Zentralbl. f. Gynäkologie 1934, 2311 — 12, *de H. Cramer.*

Recherches sur les thyroides endémiques et sporadiques, Bulletin de l'Academie de Médicine de Roumanie, IIe année, no. 3, tome III, de *D. Danielopolu, Stoichita şi Comşa.*

Sur le facteur «hérédité» dans la production du goître endémique, Bulletin de l'Academie de Médicine de Roumanie III année, No. 2, tome V. *de Danielopolu, M. Derevici si A. Derevici.*

Versager bei der Operativen Unfruchtbarmachung der Frau Archiv f. Gynäkologie No. 157, 1934 de *A. Döderlein.*

Der Kleine Kaiserchnitt, Zentralbl. f. Gynäkologie 1923 no. 6 de *Dörfler.*

Bemerkungen zur Frage der Operativen Sterilisierung bei der Frau, Monatsschr. f. Geburtshilfe no. 100, 1935, de *K. Ehrhardt.*

Sterilität und Sterilisierung de *F. Engelmann* Ginecologia lui Stoeckel, vol. III 1927.

Gynäkologische Operationen, Berlin 1925 de *K. Franz.*

Sterilizarea operatorie la femei de *Prof. C. Daniel. România Medicală* No. 12 Iulie 1930.

L'Hérédité, Doin Paris 193 de *E. Guyénot.*

The inheritance of mental defects, British Medic, Journ. psychol. no. 3, 1933 de *R. Gates.*

Gynäkologische Operationslehre, Berlin u. Wieb, Urban u. Schwarzenberg 1932 de *J. Halban.*

Sterilization of the female by coagulation of the uterine cornu, Americ. Journ. Obstetic. no. 28, 1934.

Die vaginale Totale xtirpation des Uterus ales eugenische Sterilisierung, Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1935, 43-45, de *K. Kayser.*

Zur Indikation und Methodik der Sterilisation der Frau, Monatschrift, g, Geburtschile, 21, 279-85 de *O. Kustner.*

Operative Sterilierung unter besonderer Berücksischtigung der Wohl der Methade und der Erfolge bei Tubensterilisationen, Koln, 1933, de *H. C. M. Macke.*

De regroupement des maladés famliales de la moelle de *G. Marinescu, M. Manicatide* şi *N. Ionescu-Sişeşti.* (Revue de Neurologiques — Mai 5 — 1934).

Pregnancy after multiple ligatur with section of the Fallopian tubes, clinic medic. journ. no. 48, 1934, de *Maxwell, J. Preston.*

Les procédés de stérilisation de la femme, Lecons du Jeudi Soir à la Clinique Tarnier, huitieme année, Paris 1932, de *A. Laffont.*

Sammelstatitk uber eugenische Sterilierungen bei der Frau und daraus sich ergebende Richtlinien, Zentralbl. f. Gynäkologie, no. 30, 1935 de *F. v. Mikulicz-Radecki.* ü

Zur Klinik der gesetzlichen Unfruchtbarmachung der Frau, Deutsche med, Wochenschr. 1935, 585—590, de *B. Ottow.*

Is Heredity a causative factorin the manic — depressive psychoses, Baltimore 1934 de *H. M. Pollack, B. Malzberg and R. G. Fuller.*

The Principales of Heredity, Boston New-York 1935, de *L H. Snyder.*

Lehrbuch der speziellen Pathologie, de Strumpell-Seyffart, 1930.

Erbfactoren in der Frauenheilkunde u. der Geburtschilfe Deutsche med. Wochenscher., 1934 II, de *G. A. Wagner.* ü

Investigations into the causes of mental deficiency, London 1934, de *H. O. Wildenskov.* ü

Der Künstliche Abort, 1932 de *G. Winter* şi *H. Naujoks.*

Protecţia medico-socială a maternităţii, Bucureşti 1937, de *Marius Georgescu.*

Problema avortului şi responsabilitatea medicală, Bucureşti 1935, de *Marius Georgescu.*

conține valoroase săruri minerale, cari sunt folosite pentru desvoltarea normală a celulelor și ajută la combaterea efectelor debilitante ale infecțiunilor aparatului respiratoriu și ale sarcinei, precum si slăbiciunile survenite în urma regimului.

La prepararea acestui medicament reconfortant și constructiv de încredere, se pune foarte mare minuțiozitate pentru ca să se garanteze păstrarea calităților sale neîntrecute.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

București I, Str. Sf. Ionică 8

Efectele dovedite ale preparatelor

„ANIMASA"

ANIMASA

la Arterioscleroză și Hypertensiuni medii

1 tabletă = 0,05 Extract de intima și media precum și elementele constitutive ale sângelui 3 x pe zi 1—2 tablete

ANIMASA FORTE

la Hyerptensiunile mari, angina pectoris și arterioscleroză înaintată.

1 tabletă = 0,1 Animasa 0,005 Jod, 0,015 bromalbumină și 0,001 nitoglicerină 3 x pe zi 1 tabletă

ANIMASA INJECȚII

la Hypertensiunile rebele

1 fiolă de 1,1 ccm. = 0,5 Animasa, 1,0 sânge proaspăt, 0,5 Extract de ficat. 3 x pe săptămână 1 fiolă în tratament combinat cu Animasa Forte.

1) Scăderea durabilă a tensiunei.

2) Ameliorarea rapidă a fenomenelor subiective.

3) Ameliorarea funcțiunilor inimii.

4) Relaxarea puternică a vaselor sanguine precum și diureza accelerată.

5) Agumentarea capacității fizice și intelectuale

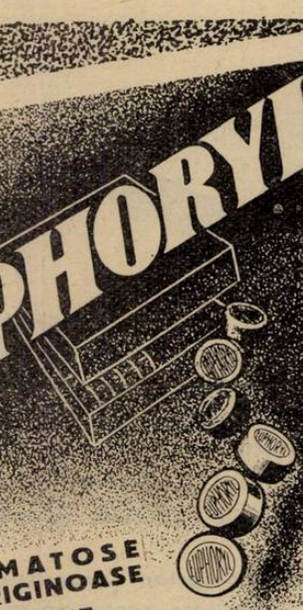
ORGANOTHERAPEUTISCHE WERKE G. m. b. H. Osnabrueck

Literatură și eșantioane:

„SANOFORM" BUCUREȘTI I, CĂSUȚA POȘTALĂ 34.

Telefon 4.27.07

EUPHORYL



DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV^ue DAUMESNIL - P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

ANA
PARIS

Lirudinase

(DRAGELE)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
A M E N O R R E

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PA

Salicylate SURACTIVE "ANA"

SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr.
SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1, 2 linguriţe de = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.
sau 20 de picături = de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. cu 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - A L G I I
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XIIe

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI - BUCURESTI, IV

Domnii medici găsesc la Dispoziţia d-lor, mostre gratuite la cerere.

CORNUL CUTANAT

de Dr. GH. PODEANU
Chirurg secundar Sp. Colțea
și
GH. NICULESCU
Intern

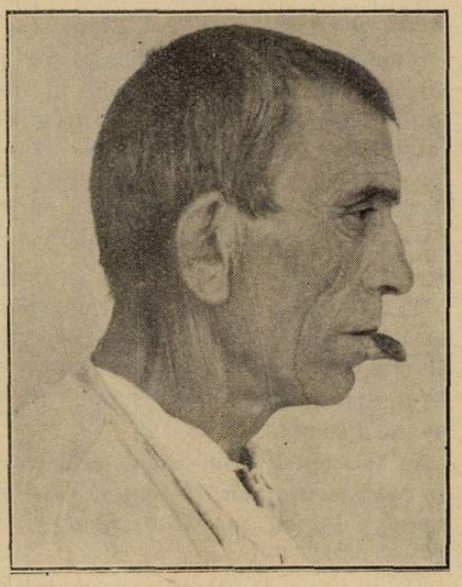
Cornul cutanat este o maladie destul de rară și prezența ei în clinică atrage interesul și curiozitatea, iar prin faptul că aduce imagini sugestive din lumea animală, dă ocazie la comentarii maliţioase. Aparţine de fapt dermatologiei, grupul hiperkeratozelor și are numai prin tratament legătură cu chirurgia. Totuși, majoritatea cazurilor sunt date la lumină de chirurgi.

Apariţia în clinica chirurgicală a Spitalului Colţei a unui caz de corn cutanat de dimensiuni remarcabile, situat pe buza inferioară, ne-a îndemnat să cercetăm literatura străină și română și să sintetizăm acest capitol. In literatura medicală română s'a publicat un singur caz în buletinul Soc. de Dermatologie și Sifiligrafie, iar în literatura străină există o cazuistică sporadică.

Pacientul A. C. în vârstă de 51 ani de profesiune plugar, nu a prezentat nimic în antecedente, care să poată fi socotit ca o stare predispozantă pentru hiperkeratoză. Cu trei luni înainte a suferit un traumatism (o lovitură de copită) pe buza inferioară. A urmat o ulceraţie care a fost tratată de pacient cum s'a priceput și a cărei vindecare a trenat o lună. De două luni a observat că cicatricea devine dură, proemientă, se înegreşte și ajunge repede jenantă prin dimensiunile ei. Pacientul nostru insistă să facă legătura intre traumatism și apariţia acestui corn. Cert este că iritaţia produsă de ulceraţie de tratamentul empiric și energic al pacientului, a stârnit această hiperkeratoză. Așa de exemplu observatori ca Bartholin, Soemmering, Everard Home, Erasmus Wilson, Kaposi, Parkinson, Pearce Gould, Leroy și alţii au, remarcat că aceste coarne cutanate apar în regiuni expuse la iritaţii: pe naevi, kiste sebacee, cicatrici, arsuri, lupus, cicatrici operatorii etc. Există chiar o preferinţă de localizare pe mucoase, în regiunea prepuţului și pe gland. Situaţia lui la limita dintre mucoasă și piele, pare să fie una din cele mai frecvente. Demarguay dintr'o statistică de 59 cazuri, ajunge la concluzia că frecvenţa pe regiuni ar fi în ordine descrescândă: faţă, coapsă și trunchi. Concluzia sa concordă cu părerile lui Lebert și Villeneuve. Vârsta la care apar de preferinţă este în general aceea a tuturor surprizelor, vârsta critică la bărbaţi 50—60 ani și după menopauză la femei.

Dimensiunile la care ajunsese cornul pacientului nostru erau 6 centimetri lungime, cu o bază de 3½ cm. Dar în literatură s'au citat cazuri până la 25 centimetri.

Deobicei sunt solitari și pacientul nostru studiat în amănunt, prezintă în regiunea inghino-scrotală, 2 naevi de consistenţă mai dură, care ar putea să evolueze către o hiperkeratoză similară, dar aceasta rămâne de văzut. Baetge a văzut 5 coarne pe acelaș individ. Heschl din Cracovia 16, iar Monsurov din Moscova relatează cazul unei femei, care purta nu mai puţin de 133 excrescenţe cornoase. Aceasta, ar pleda pentru exisenţa unei predispoziţiuni constituţionale, la formarea hiperkeratozelor.



Simptomatologia, este în general redusă. Semne premonitoare distincte nu au fost remarcate de bolnavul nostru, căci s'au suprapus probabil jenei produsă de ulceraţie. S'au descris însă cazuri unde apariţia cornului a fost precedată de prurit sau dureri. Ca evoluţie, se poate preciza, că decând bolnavul a putut distinge cornul și până la starea actuală, s'au scurs 2 luni. Dar se citează cazuri de evoluţie lentă, până la câţiva ani (Pearce Gould) și altele cu evoluţie rapidă, de câteva zile. (Courtois). Forma cornului după cum se poate vedea din fotografie este a unui tetraedru cu vârful bifurcat, având mare asemănare cu coarnele ce apar la berbecii tineri. Baza de implantare este conturată de o zonă rozată, iritată, un proces de inflamaţie cronică ce s'a instalat din cauza mișcării buzei și a salivaţiei. In literatură Vestramp a descris un caz trifurcat, iar Courtois distinge mai multe cazuri în care rădăcinile multiple și distincte, se adânceau în ţesuturi.

Culoarea este albă cenușie către bază și devine negricioasă către vârf. Duritatea este cea clasică de corn animal.

Ca turburări funcţionale pacientul acuza jenă în masticaţie și vorbire, iar în ultimul timp simţea o tracţiune continuă pe buza de jos. Acestea erau însă mici și secundare faţă de jena morală care tortura pacientul. Era obiectul aluziilor răutăcioase, iar el considera cornul ca un semn divin rău prevestitor.

Este greu de prevăzut care ar fi fost în timp evoluţia acestui corn lăsat la voia întâmplării. Dar Landouzi și Dubrandy au descris cazuri unde coarnele au căzut spontan și definitiv. Alţii au descris cazuri în care au reapărut, iar Sommering căderi periodice la un an și Chauffard, la 6 luni. Alte ori un traumatism poate aduce căderea cornului, dar reapariţia lui este foarte posibilă. Au fost cazuri unde s'a ajuns la complicaţii mai serioase de procese inflamatorii mari, sau ulceraţii cancroide (Denuce, Lebert, Pick, Pearce Gould), sau transformare malignă și Follin a menţionat un caz unde cornul a succedat unui epiteliom.

Tratamentul în cazul nostru a fost chirurgical extirpându-se cornul cu toată baza de implantare, și vindecarea s'a obţinut cu o cicatrice lineară în termen de 8 zile. In occident se recomandă ca tratamentul chirurgical să fie urmat de câteva ședinţe de Röntgentherapie. Tratamentele vechi cu distrugere prin substanţe chimice sau termocauterizarea bazei de implantare abia dacă mai merită să fie menţionate.

Piesa a fost examinată anatomopatologic. Baza cornului e formată din papile vasculare, lungi, înconjurate de un ţesut neoplazic epitelial. Aceste papile constitue stratul generator, sunt în contact cu papilele dermului și evoluează către vârful cornului. Ele sunt constituite din anse capilare vo luminoase, înconjurate de ţesut conjunctiv cu celule stelate și fuziforme, fără ţesut elastic. Acestea la rândul lor rămân încorporate, sunt înconjurate de celule epidermice dispuse în coloane longitudinale și sudate în lungime. Coloanele dau cornului aspectul fasciculat și în ele se distinge stratul lui Malpighi și cornificarea stratului epitelial. Pe secţiune verticală și perpendiculară pe axul cornului, se observă straturi rotunde de ţesut conjuctiv, cu vase dispuse central. Acestea sunt papilele dermului hipertrofiat ce străbate ansa cornului. Leziunile histologice ale bazei sunt acele ale unui epiteliom cu stadiul papilar. Dealtfel, Darie socoteşte cornul cutanat senil ca un epiteliom cornos cu hiperkeratoză exuberantă.

Tratamentul conjonctivitei gonococice cu sulfapiridină

Docent HORIA SLOBOZIANU

Oftalmia noilor născuţi era, până acum patru ani, a afecţiune, care necesita un tratament lung şi greu de executat şi care lăsa uneori leziuni oculare grave.

Chimioterapia a modificat pronosticul şi a scurtat tratamentul acestei boale atât de frecventă. Pe zi ce trece dispunem de preparate din ce în ce mai active şi mai puţin toxice. Dela Uliron (B. D. 90) şi dela Rodilone (1399 F) s'a ajuns la compusul p. amino-benzol-sulfamid-piridină (sulfapiridină) cunoscut în Franţa sub numele de Dagenan şi în Germania sub numele de Eubasinum.

In publicaţiuni anterioare am comunicat rezultatele, pe care le-am avut cu Ulironul, Rodilonul şi Dagenanul în articolele apărute în Dermatologische Wochenschrift (Septembrie 1938), România Medicală, 1 Ianuarie 1939, Annales d'Oculistique. Mai 1939.

Obsevaţia	Oftalmie unilaterală	Oftalmie bilaterală	Tumefacţie	Secreţie	Tratament cu Eubasinum 0,50
Nr. 1	+		3 zile	5 zile	5 zile
Nr. 2	+		1 „	4 „	4 „
Nr. 3		+	1 „	8 „	8 „
Nr. 4		+	4 „	6 „	6 „
Nr. 5		+	3 „	5 „	6 „
Nr. 6		+	3 „	5 „	5 „

Evoluţia oftalmiilor după tratamentul mix

In lucrarea de faţă vom examina acţiunea Eubasinului asupra cazurilor de oftalmie gonococică, pe care le-am tratat în Clinica Obstetricală şi Ginecologică din Bucureşti.

La tratamentul extern clasic (spălături largi cu hipermanganat de Ka, instilaţii de nitrat de argint şi de protargol), au adăugat tratamentul intern cu Eubasinum un comprimat de 0,50 gr. pe zi divizat în 6 doze.

Pe măsură ce fenomenele oculare se ameliorează, tratamentul extern se atenuiază. După ce secreţia a încetat, se continuă instilaţiile de protargol încă câteva zile, ca să se evite recidivele. Doza de Eubasinum se reduce şi ea la 0,25 gr. pe zi, tratament care se menţine câte zile.

Nu ni se pare indicată pentru oftalmie ideia lui *Fleming* ca să lăsăm să treacă câtva timp între debutul infecţiei gonococice şi începerea tratamentlui, «ca să se desvolte în organism o reacţiune favorabilă». Bunele rezultate, pe care ni le-a dat tratamentul instituit chiar de la începutul boalei ne arată, că nu e nevoie, să lăsăm copiii netrataţi. Tratamentul tardiv ar putea să dea naştere la complicaţii oculare.

Dacă examinăm foile de observaţie ale celor şase cazuri de oftalmie tratate de noi cu Eubasinum, observăm că în 4 cazuri erau prinşi ambii ochii şi în două cazuri nu era atins decât un ochi.

Congestia, edemul şi chemozisul au dispărut după 3—4 zile dela începutul tratamentului, ceiace permite copilului să deschidă ochii. Secreţia a devenit mai puţin abundentă. Ea dispare complect la 4—6 zile dela începutul boalei. Intr'un singur caz ea a durat 8 zile.

Tratamentul a fost continuat până la dispariţia complectă a secreţiei (4—6 zile), variind între 2 şi 3 gr.; într'un singur caz a fost nevoie de 4 gr. de medicament.

In tratamentul cu Eubasinum ca şi în tratamentul cu Dagenan n'am observat nici un caz de organo-sulforezistenţă.

Ulironul şi Rodilonul ne-au dat un procent de 36%, de organo-sulfo-rezistenţă, ceiace ne-a obligat să renunţăm în aceste cazuri la tratamentul intern şi să ne limităm la tratamentul extern clasic.

Noii născuţi suportă bine Eubasinum, care fiind o sulfapiridină, este de 4 ori mai puţin toxică decât compuşii de sulfamilamidă. Copiii n'au prezentat nici vărsături şi nici diaree, curba de greutate a crescut în mod normal în toate cazurile.

Tratamentul intern exclusiv recomandat de unii autori nu ne-a dat rezultate mulţumitoare, de aceia a trebuit să renunţăm la el. El are desavantajul ca fiind mai slab de cât tratamentul mixt întârzie vindecare şi permite complicaţiile. Tratamentul intern ar fi suficient în cazurile uşoare. Nu putem însă şti la începutul unei oftalmii dacă este vorba de o infecţie atenuată sau de o formă organo sulfo rezistentă.

Tratament mixt ne pune la adăpostul surprizelor şi dă în minimum de timp maximum de vindecări.

REVISTA CARTILOR

Histopathologie des neuro-infections prin mitives humaines: Dr. State Drăgănescu şi Eugeniu Banu. Marvan, Bucarest 121 fig. 5 Pl. în culori pag. 123.

Domnii doctori *State Drăgănescu* şi *Banu* prezintă o monografie cu o bogată iconografie histopathologică a cazurilor de neuro-infecţiune studiate în România în ultimii ani, atât singuri cât şi în colaborare cu maestrul lor Profesorul *Gheorghe Marinescu.*

Această monografie creează un nou capitol în literatura de specialitate românească şi streină, nefiind o compilaţie de cazuri clinice şi histopathologice culese de ici de colea, sau o compilaţie de bibliografie, ci o prezentare exclusivă de cazuri bine studiate personal.

Această monografie cuprinde studiul poliomielitei infecţioase epidemice, turbarea cu o anexă asupra substratului anatomic al accidentelor vacinorabice, encifalita epidemică şi un ultim capitol înglobând diferite encefalite mai puţin studiate.

Interesul ştiinţific al acestei monografii e prezentarea obiectivă a faptelor istopatologice printr'o iconografie prezentată aproape exclusiv sub forma unor admirabile microfotografii.

Fiecare capitol tratează istopatologia maladiilor mai sus amintite cu multiple technice istologice încât avem o vedere de ansamblu complectă a stadiului actual al istopatologiei acestor afecţiuni, la care au contribuit, în mare parte, autorii acestei monografii.

Acolo unde a fost nevoie, pentru o mai bună înţelegere a leziunilor de planşe colorate, autorii nu s'au dat la o parte de a le prezenta într'o formă impecabilă.

Tratarea diferitelor subiecte în plan uniform face din această monografie un îndrumător didactic perfect pentru cercetători, medici specialişti cât şi pentru orice medic care doreşte să-şi complecteze cultura.

Fiecare subiect este tratat după următorul plan:

O scurtă privire anatomo-patologică urmată de studierea proceselor istopatologice generale nespecifice, tisulare şi citologice, precum şi a celor specifice. Fiecare capitol se încheie cu prezentarea localizărilor leziunilor în diverse porţiuni ale sistemului nervos.

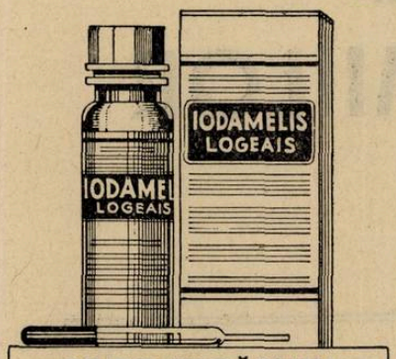
Avem speranţa că munca ştiinţifică a d-nilor doctori Drăgănescu şi Banu va fi apreciată la justa ei valoare şi că va reuşi să spargă zidul chinezesc al bibliotecilor şi cititorilor români care îşi fac o fală de a nu avea tratate româneşti, cari pot deseori înlocui şi pot fi puse alături de tratatele streine, atât ca fod cât şi ca formă.

Dr. ŞERBAN BRĂTIANU

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

•

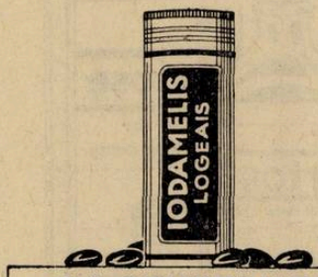
MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



2-6 COMPRIMATE
pe zi

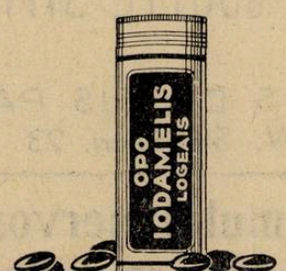
OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

•

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

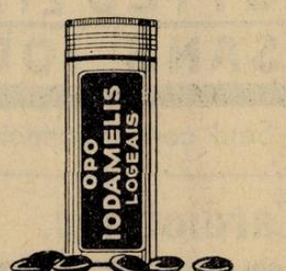


FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-folicilină	40 U. I.

•

In comprimate drageifiate



FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

DEPOZIT PERMANENT
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46

ŞEDINŢA CONSILIULUI SUPERIOR AL SANATAŢEI

Problema vaccinării B. C. G. în România; Medicina preventiva în mediul rural; Descentralizarea administraţiei sanitare.

Joi 3 Aprilie a. c., a avut loc şedinţa Consiliului Superior al Sănătăţii, sub Preşedinţia d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, discutându-se următoarele probleme :

Referatul D-lui Prof. C. Ionescu-Mihăeşti: Starea actuală a vaccinării B. C. G. în România.

D-l Prof. Dr. C. Ionescu-Mihăeşti, arată cu cifre impresionante succesul acestor vaccinări executate până în prezent. Vaccinaţiunea s'a introdus în România de Prof. Dr. I. Cantacuzino în anul 1926, ajungându-se în decursul anilor la o cifră totală de 750.000 de vaccinaţi dintre care peste 100.000 numai în Bucureşti.

In prezent se vaccinează anual un număr de peste 100.000 noui născuţi, din care circa 11.000 în Municipiul Bucureşti.

Ca efect al imunizării copiilor prin vaccinul B. C. G. s'a obţinut o reducere considerabilă a mortalităţii prin tuberculoză la copiii vaccinaţi trăind în mediul tuberculos şi anume copiii vaccinaţi dând, în primul an de viaţă, un procent de mortalitate de 1,02% faţă de o mortalitate de 10—25% prin infecţiuni tuberculoase la copiii nevaccinaţi, trăind într'un mediu identic. Comparate aceste cifre cu procentul de mortalitate admis în Germania la sugari în contact tuberculos: 5,0%, 10,6%, constitue o dovadă nediscutabilă asupra eficacităţii vaccinării.

Prepararea vaccinului se face la Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino, în serviciul special amenajat cu totul ferit de o contaminare posibilă cu bacil tuberculos.

In decursul acestui an s'a început şi aplicarea vaccinării pe cale cutanată la copii şi adolescenţi.

In concluzie : vaccinarea B. C. G. constitue până acum singurul mijloc practic, util în profilaxia tuberculozei, mai puţin costisitor decât toate celelalte şi care poate fi întrebuinţat cu folos pe o scară foarte întinsă.

Referatul D-lui Prof. Dr. Iuliu Moldovanu: Medicina preventivă în mediul rural.

D-l. Prof. Dr. Iuliu Moldovanu arată importanţa şi necesitatea creerei unei organizaţiuni de medicină preventivă pentru mediul rural şi insistă asupra utilităţii ei pentru sănătatea publică.

D-sa aduce argumente noui pentru a justifica necesitatea înfiinţării plăşilor sanitare, conduse de medici igienişti, ca centre de acţiune preventivă în mediul rural. In sarcina lor ar cădea în mod principal combaterea bolilor infecţioase şi sociale, combaterea mortalităţii infantile şi problema puericulturei rurale în general, rămânând în grija medicului de circ. în deosebi tratamentul bolnavilor.

Ca organ auxiliar de însemnătate deosebită, va trebui generalizată, cât de urgent, Instituţia surorilor de ocrotire, cărora le revine sarcina de educatoare de igienă în familia ţărănească, rămânând ca agentul sanitar să fie utilizat în viitor ca auxiliar în combaterea epidemiilor, pentru controlul localurilor publice şi pentru lucrările de sanitaţie.

D-l Prof. M. Ciucă, de acrd cu cele expuse de D-l Prof. Iuliu Moldovanu, cere mărirea numărului de medici şi de surori de ocrotire în mediul rural şi arată importanţa dispensarului mobil cu medici de specialitate, aşa cum Ministerul Sănătăţei a anunţat că intenţionează să-l realizeze, preconizat de ministrul sănătăţii.

Referartul D-lui Dr. I. Stoichiţă: Descentralizarea administraţiei sanitare.

D-l Dr. I. Stoichiţă, Secretar general, arată că Ministerul Sănătăţii în loc de a fi un organ de îndrumare technică în marile probleme de sănătate publică şi de ocrotire, a devenit din cauza biurocratismului centralizator, o instituţie dominată de mărunte probleme de administraţie. Această hipertrofie administrativă a Centrului, produce o întârziere fatală în rezolvirea tuturor chestiunilor, paralizează activitatea technică sanitară, anihilează iniţiativele locale şi stârbeşte mult autoritatea conducătorilor instituţiilor şi serviciilor sanitare din exterior. Intr'un singur an au intrat la Minister 201.566 acte şi rapoarte şi s'au expediat 182.005 hârtii, între care fiecare cuprinde numeroase referate şi rezoluţii, rezultat al muncii biurocratice depusă de aproape 700 funcţionari.

Pentru remedierea acestei risipe de energie şi material, Ministerul a întocmit o deciziune prin care se realizează o largă descentralizare a administraţiei sanitare, urmând ca în viitor 80% a chestiunilor să se rezolve de către organele sanitare locale şi numai 20%, şi anume cele mai importante, să se înainteze Centrului pentru rezolvire.

Prin această reformă, Ministerul va fi descongestionat de prea numeroasele preocupări administrative mărunte, putându-se ocupa cu tot răgazul, de problemele mari sanitare şi transformându-se astfel într'un organ de iniţiativă şi de îndrumare technică. Se vor realiza pe această cale însemnate economii de personal şi material ; se vor stimula iniţiativele locale, iar conducătorii instituţiilor şi serviciilor din exterior, vor putea activa cu mai multă putere şi autoritate, dar şi cu întreaga răspundere cuvenită.

Expunerea D-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii Publice.

D-l ministru al sănătăţii aduce mulţumiri d-lor profesori Ionescu-Mihăeşti, Iuliu Moldovanu şi Dr. Stoichiţă pentru referatele documentate pe care le-au prezentat.

In ceeace priveşte *vaccinaţiunea anti-tuberculoasă,* Ministerul Sănătăţii înţelege să facă toate sacrificiile materiale de care este nevoe pentru ca această operă să fie continuată şi amplificată. Credem că este util ca vaccinaţiunea cu B. C. G. să se extindă cât mai mult asupra populaţiei sărace dela periferia oraşelor unde focarele de tuberculoză sunt atât de numeroase.

Referitor la *organizarea acţiunei de medicină preventivă în mediul rural,* Ministerul Sănătăţii va face toate eforturile pentru a trece din domeniul discuţiunilor în acel al realizărilor.

Pe lângă actualul medic de circumscripţie, pe lângă medicul igienist cu un rol atât de important în structura viitoare a serviciului sanitar rural vor lucra pentru sănătatea populaţiei noastre ţărăneşti, medicii specialişti în ftiziologie, în puericultură şi în boli venerice, aşa cum a preconizat profesorul Moldovanu.

In afară de aceasta, între serviciul sanitar rural şi marele spitale de la reşedinţa judeţului, va fi o strânsă legătură graţie căreia bolnavii vor putea găsi o bună şi rapidă îngrijire la medicii specialişti de acolo.

Datele recensământului medicilor efectuat la 15 Martie, ne arată obligaţia ce avem de a proceda la o mai justă repartiţie a medicilor în ţară, micşorând numărul lor la oraşe unde sunt 6879 şi mărindu-l în mediul rural, unde sunt numai 1524.

A treia chestiune expusă: *Descentralizarea administraţiei sanitare,* face parte din principiile generale ale guvernării actuale.

In adevăr, înţelegem să stimulăm iniţiativele, mărind răspunderile colaboratorilor noştri de toate gradele. Prin măsurile ce vom lua vom da drepturi şi datorii mult mai mari medicilor din întreaga ierarhie sanitară.

Inchizând şedinţa *d. Ministru Prof. Dr. P. Tomescu,* ţine să sublinieze că toate problemele mari cari interesează sănătatea publică, pentru a fi bine soluţionate, vor fi mai întâi discutate în Consiliul Superior al Sănătăţii din care fac parte toate competenţele ştiinţei medicale româneşti.

Recensământul

Executat la

Nr. curent	JUDEȚE ȘI MUNICIPII	TOTAL MEDICI	PE SEXE		DUPĂ SPECIALITATEA CE PRACTICĂ EFECTIV																				
			B.	F.	Medicină generală	Sanitari-Igieniști	Interne	Chirurgie	Ginecologie-Obst.	Stomatologie	Boli de copii	Laborator	Genito-urinare	Dermato-venerice	Radiologie	Oto-Rino-Laring.	Oftalmologie	Nervoase	Mintale	T. B. C.	Ortopedie	Balneologie	Contagioase	Boli de cord	Alte boli
	ROMÂNIA	**8421**	**7009**	**1412**	**1720**	**1483**	**1494**	**691**	**582**	**586**	**286**	**262**	**166**	**248**	**179**	**177**	**138**	**104**	**49**	**114**	**20**	**21**	**33**	**10**	**58**
1	Alba	80	76	4	25	24	6	9	4	6	—	—	—	1	—	1	1	—	—	3	—	—	—	—	—
2	Arad	78	70	8	26	40	2	2	—	6	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3	Argeș	80	70	10	17	21	15	10	1	5	1	1	1	2	1	1	—	—	—	2	—	—	1	1	—
4	Bacău	131	113	18	48	27	18	4	8	9	5	2	1	1	2	3	2	—	—	—	—	—	—	—	1
5	Baia	48	43	5	13	17	7	3	1	2	—	—	—	1	1	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
6	Bihor	49	46	3	13	28	—	3	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Botoșani	89	78	11	26	21	14	5	6	6	1	1	—	1	2	2	3	—	—	—	—	—	1	—	—
8	Brăila	27	25	2	3	19	—	3	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Brașov	38	36	2	15	20	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1
10	Buzău	98	87	11	16	32	22	8	3	5	—	2	1	—	3	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—
11	Caraș	68	63	5	11	26	8	8	1	5	1	1	—	1	—	1	—	—	—	3	—	—	—	—	—
12	C.-Lung	59	52	7	21	19	6	2	2	6	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
13	Constanța	52	46	6	7	27	8	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	3	—	—	—	—
14	Covurlui	16	14	2	4	11	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
15	Dâmbovița	92	78	14	6	31	26	7	5	4	1	3	1	1	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Dolj	52	44	8	12	35	3	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Dorohoi	51	48	3	18	20	6	1	2	2	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
18	Făgăraș	33	30	3	8	17	2	2	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
19	Fălciu	28	22	6	10	13	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20	Gorj	48	40	8	5	25	4	3	—	2	1	1	—	—	1	1	2	1	—	1	—	—	—	—	1
21	Hunedoara	150	131	19	36	48	19	11	6	14	4	1	—	3	—	2	1	—	—	4	—	—	1	—	—
22	Ialomița	64	53	11	14	29	8	7	—	—	—	1	—	—	1	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—
23	Iași	43	33	10	9	26	3	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
24	Ilfov	59	45	14	14	41	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Mehedinți	83	69	14	21	34	6	8	2	3	—	—	1	—	2	2	2	—	1	—	—	—	—	—	1
26	Muscel	48	42	6	13	18	4	7	—	2	—	—	1	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—
27	Neamț	90	74	16	30	17	14	7	4	4	—	—	2	1	—	—	1	2	—	8	—	—	—	—	—
28	Olt	41	38	3	8	23	5	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
29	Prahova	101	86	15	32	32	11	4	5	4	2	1	1	—	—	1	1	—	—	3	—	—	—	—	—
30	Putna	100	88	12	41	25	11	9	3	4	2	1	1	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Rădăuți	53	50	3	21	13	1	4	2	4	2	—	—	—	—	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—
32	Roman	81	67	14	26	21	11	6	—	3	2	1	1	1	2	1	5	—	—	—	—	—	1	—	—
33	Romanați	53	42	11	1	34	11	4	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34	R.-Sărat	42	33	9	7	21	8	2	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
35	Severin	113	100	13	42	30	7	8	2	3	5	1	1	4	2	—	1	—	1	—	—	—	4	1	—
36	Sibiu	31	30	1	8	19	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	1
37	Suceava	47	40	7	13	13	4	3	4	4	1	—	—	—	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—
38	Târnava-Mare	91	90	1	23	27	7	15	5	9	2	—	—	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
39	Târnava-Mică	62	54	8	12	29	5	3	1	7	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	—	1	—	—	—
40	Tecuci	44	37	7	18	16	5	1	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
41	Teleorman	56	47	9	15	30	4	4	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
42	Timiș	167	157	10	83	64	1	4	—	12	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—
43	Tulcea	41	34	7	8	23	3	3	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
44	Turda	90	86	4	24	39	9	6	3	6	—	—	1	2	—	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—
45	Tutova	52	42	10	11	18	10	5	3	2	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
46	Vâlcea	59	50	9	3	30	8	8	2	2	1	1	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
47	Vaslui	34	26	8	10	16	4	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
48	Vlașca	49	45	4	8	27	4	4	1	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	Alba-Iulia	39	34	5	6	7	7	1	2	6	-	2	2	1	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	2
2	Arad	182	164	18	44	9	20	20	19	18	11	2	1	14	4	6	4	3	2	4	—	—	—	—	1
3	Brăila	93	79	14	24	8	25	5	6	5	1	3	4	4	2	2	2	1	—	1	—	—	—	—	—
4	Brașov	189	166	23	22	13	37	22	14	20	10	3	1	18	6	7	6	1	—	7	—	—	1	—	1
5	**BUCUREȘTI**	**3115**	**2431**	**684**	**439**	**120**	**758**	**260**	**343**	**254**	**138**	**144**	**123**	**108**	**90**	**79**	**57**	**57**	**34**	**30**	**14**	**12**	**9**	**8**	**38**
6	Constanța	119	104	15	24	12	31	9	8	7	4	5	2	4	2	2	3	—	—	2	1	—	1	1	1
7	Craiova	140	118	22	22	10	34	9	11	9	5	4	3	6	6	7	4	—	1	5	—	—	3	—	1
8	Galați	182	155	27	25	11	47	22	15	13	8	8	3	5	5	5	4	2	—	5	—	—	3	—	1
9	Iași	441	342	99	117	23	77	40	26	20	18	35	5	19	9	11	12	13	4	5	2	—	3	—	2
10	Ploești	144	113	31	33	4	30	19	11	15	9	5	3	1	3	4	2	1	—	2	—	—	1	—	1
11	Sibiu	326	278	48	53	17	49	35	20	26	15	20	2	22	12	14	9	19	3	5	—	1	1	—	3
12	Timișoara	290	255	35	60	13	42	27	27	34	27	6	2	19	6	9	6	2	—	9	—	—	1	—	—

general al Medicilor

15 Martie 1941

DUPĂ ORIGINEA ETNICĂ												FUNCŢIONARI LA:							REŞEDINŢA			(IN PROCEN.		POPULAŢIA LA 1 SEPTEMBRIE 1940	
Români	Evrei	Germani	Unguri	Poloni	Armen	Bulgari	Greci	Italieni	Ruşi-Ruteni	Turci	Alţi	Stat	Asigurări	Particulari	Stat + Asigurări	Stat + particulari	Stat + Asigurări + particulari	Asigurări + particulari	In municipi	In alte oraşe	In comune rurale	Un menic la loc. urbani	Un medic la loc. rurali	Urbană inclusiv municipii	Rurală
5671	**2089**	**490**	**71**	**11**	**25**	**10**	**16**	**6**	**12**	**5**	**15**	**2963**	**414**	**595**	**874**	**211**	**89**	**99**	**5260**	**1641**	**1520**	**1,373**	**1/7057**	**2572427**	**10726758**
58	6	11	5	—	—	—	—	—	—	—	—	40	4	2	7	—	2	—	—	—	48	32	379	6144	32993	196597
37	20	16	2	—	—	1	—	—	—	—	2	24	2	1	16	1	1	—	—	—	5	73	402	4856	75129	354459
72	5	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	45	3	—	10	—	2	—	—	—	56	24	474	11219	26535	269255
82	46	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	44	5	15	19	2	2	—	—	—	106	25	476	10120	50435	252999
31	15	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	—	3	5	1	1	—	—	—	31	17	782	9623	24245	163583
37	10	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	27	1	1	8	—	—	—	—	—	20	29	197	7494	3944	217338
50	37	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	40	2	12	2	—	—	1	—	—	67	22	779	9399	52178	206771
24	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	22	—	—	3	—	—	—	—	—	5	22	697	8474	68280	186437
23	—	13	1	—	—	—	—	—	1	—	—	14	5	—	8	—	—	—	—	—	—	38	332	3463	62664	131593
88	9	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	60	2	2	9	—	—	—	—	—	63	35	685	9187	43158	321554
50	9	7	1	—	—	—	—	—	—	—	1	18	14	—	16	—	1	—	—	—	35	33	738	5186	25814	171128
25	32	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	14	—	1	9	—	—	—	—	—	43	16	720	4742	30959	75875
45	1	3	—	—	—	—	1	—	—	1	1	43	2	—	2	—	—	—	—	—	26	26	626	8286	90804	215424
15	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	558	8428	101519	134855
86	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	52	7	7	13	—	1	3	—	—	41	51	654	6539	26828	333483
49	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	39	—	—	6	1	—	—	—	—	12	40	557	11357	84638	454285
28	23	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—	6	3	—	—	—	—	—	23	28	1831	6420	42115	179767
23	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	2	—	5	—	—	1	—	—	16	17	497	4842	7946	82306
19	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	—	1	—	—	—	—	—	18	10	1266	10929	22783	109291
43	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	36	1	—	2	—	—	—	—	—	23	25	474	8853	10891	221336
110	22	11	4	—	—	1	—	—	—	—	2	48	25	1	33	1	2	1	—	—	82	68	500	4395	41012	298857
61	1	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	49	—	—	6	4	—	—	—	—	34	30	1039	10351	35309	319515
34	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	34	—	—	—	—	1	—	—	—	6	37	260	5316	116415	196696
55	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	45	1	—	4	1	1	—	—	—	9	50	214	8380	667594	418993
75	4	1	1	—	—	—	—	—	2	—	—	54	4	2	5	1	—	—	—	—	50	33	603	9199	30143	303561
46	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	29	2	2	6	—	—	—	—	—	25	23	574	6843	14338	157397
57	28	3	—	—	1	—	—	—	1	—	—	34	—	2	17	1	2	3	—	—	60	30	774	6206	46458	186166
37	1	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	35	—	1	2	—	—	—	—	—	20	21	570	9616	11402	201927
92	3	3	—	—	1	1	1	—	—	—	—	38	7	4	12	6	6	9	—	—	49	52	624	8397	120459	436639
68	27	—	1	—	2	1	1	—	—	—	—	54	2	1	7	1	—	—	—	—	79	21	571	8473	45091	177939
17	30	4	—	1	—	—	—	—	1	—	—	11	3	—	8	—	—	—	—	—	43	10	555	8313	23881	83126
61	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	42	—	2	5	—	1	—	—	—	57	24	372	6551	21191	157212
49	—	—	—	—	—	2	—	1	1	—	—	40	2	1	4	1	—	—	—	—	20	33	1541	8437	30812	278437
35	6	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	28	—	—	3	—	—	—	—	—	20	22	755	9156	15107	208035
80	18	12	3	—	—	—	—	—	—	—	—	47	8	—	22	1	—	2	—	—	80	33	443	6222	35436	205330
23	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	—	1	6	1	—	—	—	—	—	31	161	5191	52408	158690
22	23	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	21	—	—	7	1	—	—	—	—	31	16	410	7740	12704	123841
35	2	52	1	—	—	—	—	—	—	—	1	28	6	3	15	3	—	1	—	—	59	32	524	4325	30902	138414
37	8	13	4	—	—	—	—	—	—	—	—	33	—	—	4	2	2	1	—	—	44	18	344	8359	15125	150460
36	7	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	1	—	2	—	—	—	—	—	22	22	808	7508	17767	165178
52	3	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	41	2	2	4	2	—	—	—	—	26	30	1919	11539	49896	346155
61	17	82	7	—	—	—	—	—	—	—	—	34	4	2	34	—	1	—	—	—	12	155	314	2599	94709	402900
34	3	2	—	—	—	—	—	—	—	2	—	31	1	—	4	—	—	—	—	—	19	122	2375	7879	45126	173337
70	9	4	7	—	—	—	—	—	—	—	—	31	1	—	12	—	3	2	—	—	43	47	466	6423	20034	301896
33	18	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	26	—	2	3	—	—	1	—	—	37	15	1686	9360	25383	140403
57	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	2	2	6	—	1	—	—	—	35	24	861	10589	30151	254132
22	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	—	2	1	—	—	—	—	—	18	16	781	9288	14054	148600
48	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	35	2	—	4	3	—	—	—	—	23	26	1112	12101	25580	314 26
28	9	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	18	3	—	8	1	—	—	39	—	—	316	—	12311	—
85	78	8	10	—	—	—	—	—	—	—	1	43	10	9	21	2	1	2	182	—	—	413	—	75129	—
56	29	1	—	—	—	—	5	2	—	—	—	21	8	2	12	3	2	3	93	—	—	734	—	68280	—
107	31	44	5	—	—	—	1	1	—	—	—	40	19	17	22	5	7	4	189	—	—	332	—	62664	—
2080	**970**	**35**	**3**	**6**	**11**	**1**	**5**	**1**	**1**	—	**2**	**656**	**209**	**330**	**263**	**116**	**35**	**47**	**3115**	—	—	**212**	—	659596	—
81	31	1	—	—	2	1	1	—	—	2	—	47	4	1	17	2	—	3	119	—	—	529	—	62972	—
114	24	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	65	4	3	18	3	1	—	140	—	—	395	—	55262	—
92	87	2	—	—	—	—	—	—	1	—	—	44	7	33	21	4	—	2	182	—	—	558	—	101519	—
240	188	2	—	—	2	—	—	—	—	—	—	154	7	75	24	22	5	3	441	—	—	236	—	104150	—
112	29	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	9	6	18	7	3	5	144	—	—	553	—	79612	—
251	11	60	1	—	—	—	—	1	—	—	2	187	2	15	34	3	—	—	326	—	—	161	—	52408	—
124	97	55	12	1	—	—	—	—	—	—	1	60	9	24	36	9	5	5	290	1	—	308	—	89209	—

Tablou întocmit de D-l C. Gheorghiu, Director al Oficiului de studii din Ministerul Sănătăţei.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Concurs de medici secundari la Aşezămintele Brâncoveneşti

Se aduce la cunoştinţa generală că pentru ocuparea a două locuri de Medici secundari, specialitatea «Medicină internă» se va ţine concurs cu începere dela 5 Iulie 1941.

Registrul de înscrierea domnilor candidaţi, precum şi condiţiunile de admitere la concurs şi cele de funcţionare în calitate de medic secundar, se găsesc spre înscriere şi consultarea în toate zilele de lucru la Administraţia Aşezămintelor Brâncoveneşti, între orele 9—12.

Inscrierile conform Regulamentului se pot face numai până în ziua de 26 Iunie 1941 ora 12.

Mişcare în corpul medical

S'a făcut prin decret următoarea mişcare în Corpul medical din serviciile pendinte de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare, cum şi în baza avizelor date de comisiunea administrativă.

D-l dr. Petre Vlad, actual medic primar definitiv al jud. Buzău, se numeşte definitiv în postul de inspector general sanitar central.

D-l dr, Pompiliu Nistor, actual inspector general sanitar onorific, medic primar definitiv al jud. Braşov, se numeşte definitiv în postul de inspector general sanitar al regiunii Iaşi.

D-l dr. Dumitriu C. C., docent universitar şi şef de lucrări la Facultatea de medicină Bucureşti, se reintegrează definitiv, în postul de medic primar şef de secţie, subdirector al Institutului chimico-medical A, din spitalul Filantropia.

D-l dr. Săvulescu D., agregat la Facultate de medicină, se reintegrează medic primar definitiv, în baza concursului depus se numeşte în postul de medic primar director al Institutului Maternitatea din Spitalul Filantropia.

D-l dr. Marius Georgescu, docent şi şef de lucrări la Facultatea de medicină din Bucureşti, se reintegrează definitiv, în baza concursului depus, în postul de medic primar al serviciului obstetrical şi ginecologic al spitalului Colţea.

D-l dr. Şerban Brătianu, docent universitar, se reintegrează definitiv în postul de medic primar, şef de serviciu al laboratorului central de boli contagioase din spitalul Colentina.

D-na dr. Iosefina Protopescu-Pache, asistentă universitară, se reintegrează definitiv, în baza concursului depus, în postul de medic primar, şef de secţie la Institutul clinico obstetrical din spitalul Filatropia.

D-l dr. Hristodor C. Vlasie, actual medic definitiv al oraşului Sulina, se transferă definitiv în postul de medic şef de port principal, Sulina.

D-l dr. Rugină C,- medic igienist, actual medic definitiv al circ. Tomeşti, jud. Iaşi, se transferă definitiv în postul de medic al portului Giurgiu.

D-l dr. Ioan Graur, actual medic provizoriu al Serviciulu de boli interne, dela spitalul din Rădăuţi, se numeşte definitiv în postul de medic primar de boli interne, la spitalul din Beiuş, având 10 ani în învăţământul superior.

D-ra dr. Picioroga Olga, actual medic primar definitiv de boli interne la spitalul din Câmpulung-Moldovenesc, se transferă definitiv în postul de medic primar de boli interne la spitalul din Tulcea.

D-na dr. Caraman Zoe se numeşte definitiv în postul de medic primar psihiatru la spitalul Manta Roşie-Iaşi, având 10 ani în învăţământul superior.

D-l dr. Pintican Ioan, fost medic primar definitiv al secţiei obstetricale dela spitalul din Tg.-Mureş, transferat la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă definitiv, secţia obstetricală nou creată la spitalul din Turda.

D-l dr. Chirgan Alexandru, actual medic stagiar al circ. Cornesti, jud. Iaşi, se transferă, în aceeaşi calitate, la circ. Călugăreşti, jud. Prahova.

De la Societatea de Radiologie şi Electrologie medicală.

Societatea de Radiologie şi Electrologie medicală din România, a hotărît amânarea celui de al 4-lea Congres national de Radiologie şi Electrologie medicală pentru anul 1942, în speranţa unor vremuri mai prielnice; a proclamat Preşedinte de Onoare pe d-l General Dr. G. N. Giurea şi în locul său din Consiliul de Direcţie a ales pe d-l prof dr. D. Negru.

Iar după ce a stabilit chestiunile de organizare electro-radiologică, care urmează a fi studiate în vederea unei noui legiferări sanitare, şi-a ales următorul Birou pentru anul 1941.

Consiliul de Direcţie: Prof. dr. D. Negru, Conf. dr. E. Lăzeanu şi dr. E. Andronescu.

Comitetul.

Preşedinte: Dr. Virgil Ionescu.

Vice-preşedinţi: Dr. G. Gatoschi şi dr. M. Hângănuţ.

Secretar general: Dr. Septimiu Sfinţescu.

Casier: Dr. Teodor Niculescu.

Bibliotecar: Dr. Ion Temeliescu.

Secretari de şedinţă: Dr. C. Ciobanu şi d-ra dr. S. Demetrescu.

Constituirea fundaţiei prof. Dr. Dimitrie şi Maria Gerota

Tribunalul Ilfov în urma avizelor favorabile ale ministerului sănătăţii şi ministerului de interne, a acordat personalitatea juridică şi cuvenita autorizaţie de funcţionare *«Fundaţiei Prof. Dr. Dimitrie şi Maria Gerota»*.

Fundaţia a fost constituită de d-na Maria Gerota şi de d. Dimitrie D. Gerota, conferenţiar universitar şi avocat, în executarea dorinţei defunctului lor soţ şi părinte Prof. Dr. Gerota.

Fundaţia are ca scop să acorde asistenţă medicală gratuită (consultaţiuni, operaţiuni, tratamente, internări) în Sanatoriul prof. dr. Gerota sau alte instituţii de sănătate, studenţilor săraci şi merituoşi, cu aceeaşi dragoste părintească cu care în tot timpul vieţii sale, veneratul prof. dr. Gerota i-a îngrijit.

Deasemenea, în limita fondurilor şi locurilor disponibile, Fundaţia va putea acorda asistenţă medicală gratuită sau cu preţuri reduse intelectualilor din orice ramură de activitate si muncitorilor lipsiţi de mijloace. In fine Fundaţia va mai putea acorda mici ajutoare în bani, obiecte sau alimente, populaţiei lipsite de mijloace.

Patrimoniul Fundaţiei se compune din 4.000.000 lei rentă de Stat şi dintr'un număr de paturi gratuite pe care fondatorii şi descedenţii lor, proprietari ai Sanatoriului, le vor oferi benevol. Fondatorii au oferit în Sanatoriul prof. dr. Gerota un număr de 1000 zile (paturi) gratuite cu toată îngrijirea necesară şi operaţiunile aferente.

Fundaţia va fi condusă şi administrată de un prim efor, desemnat în persoana d-lui conferenţiar D. D. Gerota, asistat de un consiliu de efori, printre cari figurează un reprezentant al Universităţii din Bucureşti, un reprezentant al Ministerului sănătăţei şi un reprezentant al Uniunii Naţionale a studenţilor români creştini.

In modul acesta opera filantropică începută de prof. dr. D. Gerota, care din veniturile Sanatoriului afecta o bună parte asistenţii medicale gratuite va continua pentru perpetuarea memoriei sale.

ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE

Tratamentul pneumoniei cu Dagénan

de Dr. F. Koller
(După experienţele Clinicei Medicale din Zürich)

Incă din anul 1937, Doctorul Koller a început să studieze efectul curativ al derivaţilor sulfanilamidei în diferite infecţiuni: Dagénan-ul părându-i-se cel mai eficace şi în acelaş timp cel mai puţin vătămător, autorul n'a mai întrebuinţat, începând din iarna 1938—1939, în tratamentul pneumoniei decât acest derivat al sulfanilamidei.

Rezultatele obţinute pot fi rezumate astfel:

Mortalitate prin pneumonie lobară la Clinica Medicală din Zürich.

	1934-1938	Cazuri tratate cu Dagénan
numărul cazurilor	198	81
decese	69	5
	= 35%	= 6,2%

E vorba aci numai de cazuri grave de pneumonie lobară. Examinarea amănunţită a cazurilor mortale din grupul al doilea arată că bolnavii au primit doze de Dagénan insuficiente sau că era vorba de bolnavi a căror rezistenţă era mult slăbită din cauza altor afecţiuni (maladia lui Basedow, diabet, etc.).

Acţiunea Dagénan-ului asupra evoluţiei pneumoniei e deasemenea foarte netă şi remarcabil de constantă. Temperatura revine la normal în 24—72 ore, în raport cu momentul începerei tratamentului. Odată cu temparatura şi pulsul redevine normal.

Autorul insistă asupra regulelor posologice cari trebuesc respectate:

Se vor da *la început doze mari;* se va continua tratamentul *zi şi noapte, nu se opreşte tratamentul când temperatura a scăzut* ci se continuă timp de 4 la 6 zile chiar dacă bolnavul nu mai are temperatură, scăzând dozele progresiv, pentru a evita recidivele.

La adult, s'au dat câte 2 comprimate de 0,50 gr. la două ore până ce temperatura a redevenit normală, deci în prima zi o doză totală de 8—12 gr. Dacă temperatura nu scade net după 48 sau 72 de ore cel mai târziu, e probabil că nu e vorba de o pneumonie cu pneumococi.

Dacă bolnavul nu mai face temperatură, se vor da două comprimate la 4 ore prima zi, apoi, scăzând progresiv doza, de 4 ori câte două comprimate în ziua următoare, de 3 ori două comprimate a treia zi, de trei ori câte un comprimat în ziua a 5-a şi a 6-a. Doza totală va fi astfel de 25 la 35 gr. sau mai mult.

Ceeace e valabil pentru pneumonia lobară, formă morbidă bine definită, e deasemenea valabil şi pentru majoritatea brocho-pneumoniilor inclusiv pneumonia post-operatorie, mai ales dacă agentul patogen e pneumococul.

Tratamentul cu Dagénan are marele avantaj de a fi destul de eftin faţă de ceeace ar costa deobicei seroterapia; nu necesită cercetări de laborator complicate (pentru a fixa tipul pneumococului), e administrat pe gură. E deci singura terapeutică eficace care poate fi întrebuinţată în mod practic atât în clientelă civilă cât şi la armată.

(Revue Médicale de la Suisse Romande No. 2—25 Febr. 1940).

O frumoasă cucerire terapeutică în pericol

de Medicul Maior J. Gaté şi Med. Locot P. Cuilleret

Conducând un centru regional tehnic de dermato-venereologie, autorii au fost surprinşi de numărul relativ ridicat de bolnavi cari le-au fost trimişi cu diagnosticul de «blenoragie sulfamido-rezistentă».

In marea majoritate a cazurilor, interogatorul acestor bolnavi le-a arătat în mod indiscutabil că eşecurile nu se datorau decât unui tratament incorect, mai ales la început:

— doze prea slabe (1,50—2 gr. de Dagénan pe zi) prelungite inutil timp de 12—15 zile;

— câteodată doze mai mari însă totuşi insuficiente la început;

— absorbirea neregulată a medicamentului de către bolnavii nesupraveghiaţi.

Pentru a pune lucrurile la punct şi a împiedeca aceste greşeli atât de prejudiciabile unei terapeutici a cărei eficacitate e recunoscută de lumea întreagă, credem că e nevoe să reamintim directivele precise cari trebuesc urmate în dagénoterapia blenoragiei masculine acute:

Dagénoterapia trebue să fie instituită cât mai din vreme posibil. Se va evita orice alt tratament prealabil, fie local, fie general.

Dagénan-ul trebue să fie administrat la început în doze mari cari vor fi apoi reduse regulat. Posologia care ni s'a părut cea mai bună e următoarea:

4 gr. (8 comprimate) prima zi
4 gr. (8 comprimate) a doua zi
3 gr. (6 comprimate) a treia zi
3 gr. (6 comprimate) a patra zi
2 gr. (4 comprimate) a cincea zi
2 gr. (4 comprimate) a şasea zi
1 gr. (2 comprimate) a şaptea zi
1 gr. (2 comprimate) a opta zi

adică 20 grame în 8 zile.

Medicamentul trebue să fie luat foarte regulat, fiecare zi, în doze regulate, mai ales primele două zile, în aşa fel ca doza zilnică să fie luată în curs de 24 ore, pentru a evita o întrerupere prea mare între două doze succesive (în primele două zile se vor da şi noaptea una sau două doze).

Dagénan-ul se va da în fracţiuni de 0,50 sau chiar de 0,25 gr. Bolnavul va rămâne în stare de odihnă. Alimentaţia va fi normală, fără alcool şi fără condimente.

In concluzie autorii scriu:

«Ni s'a părut important să reamintim aceste directive ale dagénoterapiei în blenoragia acută, dacă vrem să obţinem un maximum de randament. Bine condusă, ea va da în blenoragia masculină, singură, fără tratament local, rezultate într'adevăr uimitoare, extrem de rapide şi cu minim de inconveniente».

(Journal de Médecine de Lyon No. 482, 5 Februarie 1940).

Tratamentul pustulei maligne cu derivaţii sulfamidaţi

de Dr. Gh. Munteanu
Lucrare făcută la Spitalul de Boale Contagioase din Chişinău)

Tratând 8 cazuri de pustulă malignă, dintre cari 5 deosebit de grave, cu injecţii de Soluseptazină asociată cu Septazină pe cale bucală, autorul a obţinut 8 vindecări într'un termen de 6 la 10 zile.

A tratat deasemenea 8 bolnavi prin seroterapia clasică cu doze mari de ser, rezultatul fiind: 3 decese şi 5 vindecări în 24—38 de zile. Autorul conclude deci formal că sulfamidele, pe cari le-a întrebuinţat singure, cu excluderea oricărei alte medicaţiuni, obţinând dispariţia fenomenelor generale în 3 la 4 zile, au o eficacitate mult mai rapidă şi mult mai pronunţată decât seroterapia. El mai relevă că seroterapia în doze masive are şi inconvenientul de a fi costisitoare şi de a fi urmată deseori de accidente serice importante.

(Gazette Médicale de France, Tome 47, No. 10, Noembrie-Decembrie 1940).

Cărbune uman cu formă severă Chimioterapie sulfamidată

de Dr. L. Brimont (Itzer - Maroc)

E vorba de un tânăr de 14 ani, atins de cărbune uman cu evoluţie rapidă şi alarmantă.

Tratamentul a constat în administrarea de Dagénan per os (în total 17,50 gr.) şi în pansamente cu Dermoseptazine. Vindecare în 10 zile.

(Maroc Médical No. 208)

Propagandă medicală „SPECIA"
Str. Anastasie Simu 6
Bucureşti III

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

fabrica de produse chimice
gedeon richter s.a.
Str. Logofătul Tăut, 99

IODOTERAPIA PE CALE PARANTERALA PRIN

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Fiole de 2 cc. şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod

EXTRACTE TOTALE DE OVAR

Ovarium Richter

TABLETE

Glanduovin

FIOLE

Glanduovin Forte

FIOLE

Neurastenii — Nevroze —Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. — Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

(Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat)

Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii : 3 linguri de desert pe zi.

Rachitism-Toate formele de tuberculoză
Limfatism-Carii dentare-Creştere dificilă
Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu coloidal + Vitamină D.

Lichid. — Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Demineralizare-Fosfaturie-Inapetenţă
Neurastenie — Maladii consomptive
Sarcină — Alăptare

PHOSPHARSYL

Fosfaţi de Calciu metilarseniaţi

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate
Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă.

Granule: 2 — 3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză—Neurastenie — Maladii astenizante — Debilitate — Fracturi
Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

Fosfaţi de Calciu

Lichid: 2 — 3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL

Levulinat de calciu

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Rachitism — Turburări de creştere
Tuberculoză — Alăptare — Fracturi
Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

IRADIAT

Fosfat Pinard + Vitamina D.

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Laboratoires du Dr. PINARD-PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SĂLIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX. No. 9 — 1 Maiu 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU
Prim-Redactor:
Dr. V. SAVA
Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei
Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIU

SUMARUL:

Pagina

Un omagiu ştiinţei medicale italiene 113

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. V. PUTTI: *Pseudoartroza vertebrală şi aşa numita boală a lui Kümmel* 114

Prof. C. RAFFAELE: *Noui teorii asupra evoluţiei paraziţilor malariei* 117

Prof. VINCENZO MONALDI: *Indicaţiuni practice asupra modalităţii de a proceda la aspiraţia cavernelor tuberculoase ale plămânului* 120

Prof. NICOLA PENDE: *Ştiinţa Ortogenezei* 124

Prof. VITTORIO PUNTONI: *Metoda Italiană de vaccinare antirabică* 126

Prof. PIETRO DI MATTEI: *«Conditionatorii» pozitivi şi negativi* . . 28

Prof. BENIGNO DI TULLIO: *Intâlniri pe drumul colaborării Româno-Italiene în domeniul medico-legal şi criminalogic* 131

Prof. MARIO PONZO: *Orientarea profesională în Italia şi lumea întreagă* 133

ORGANIZAŢIE SANITARĂ

Prof. RAFFAELE BASTIANELLI: *Organizaţia, legi şi instituţii sanitare în Italia* 136

Pagina

Prof. D. MAROTTA: *Noul spital din Milano* 138

Prof. D. MAROTTA: *Institutul sănătăţii publice* 142

GIOVANNI VOLPE: *Asanarea integrală în Italia* 144

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Rezultatele generale ale recensământului medicilor; Noui spitale şi dispensarii; Locuri de medici primari de judeţ vacante; Mişcare în corpul medical 151

Centrele de Sănătate din Capitală; Stagiul studenţilor în medicină la un spital în cursul vacanţei de vară. 152

Uliron
BAYER
Contra infecţiunilor stafilococice şi în tratamentul
BLENORAGIEI
pe cale bucală. Tuburi cu 12 şi 24 tablete
»Bayer« LEVERKUSEN
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti 1, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

PREPARATE NOI

Testosteron + extract total de testicul de taur standardizat pe cale biologică.

Bitestin Inj.

pentru terapia testiculară energică

In anemie

Perhepar

extract concentrat de ficat

Fiole de 2 cc., 5 cc.; 10 cc. soluție și tablete

IODOTERAPIA PE CALE PARENTERALA PRIN

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Fiole de 2 cc. și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod

HYGEA

ARTERONAL

TABLETE

Simplex

Phenobarbit	0,03
Theobromin pur	0,40
Natr. nitros	0,03

Complex

Phenobarbit	0,02
Theobromin	0,20
Amidopyrin	0,10
Papaverin	0,02

Arterioscleroză
Ipertensiune arterială
Ipertonie
Anghină pectorală

COFFYLLIN

Injecţii Theophyllin pur
Coffein pur
10 cmc.

Suppositorii Theophyllin pur
Coffein pur

Afecţiuni cardiovasculare

CALMAROL

SIROP

Natr. phenobarbit
Antipyrin
Natr. bromat
Tra Valerian spirt
Extr. Passiflor

Calmant al sistemului nervos central

HYGEA S. A. R. CLUJ
Fabrica pt. produse chimice şi farmaceutice
BUCUREŞTI
Splaiul Unirii, 127
TELEFON 4.22.44

STERANDRYL

DR. ROUSSEL

Hormon masculin cu formula propionat de testosteron
(soluţie uleioasă titrată în miligrame)

FIOLE DE 1 cc.

CONŢINAND:

5 mgr.
Cutia cu 4 fiole

10 mgr.
Cutia cu 4 fiole

25 mgr.
Cutia cu 2 fiole

Reprezentant pentru România:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" s. a. r. 103 Str. Toamnei Bucureşti III

Telefon 2.21.38

Un adjuvant important în tratamentul
complicaţiilor blenoragice
la bărbat şi la femee este

Gono-Yatren

Vaccin antigonococic într'o sol. de 3 % Yatren.
Injecţiuni intravenoase şi intramusculare.

AMBALAJE ORIGINALE
Cutie cu 6 fiole de 2 ½ cmc. / Flacon cu 25 cmc.

BAYER

»Behringwerke«
LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86.

Anul XIX. No. 9 10 Lei Exemparul 1 Mai 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Un omagiu ştiinţei medicale italiene

Revista noastră a ţinut să aducă un omagiu cordial ştiinţei medicale italiene, închinându-i numărul de faţă, la care colaborează unii dintre cei mai renumiţi cercetători ai ştiinţei contempoane.

Medicina a găsit din timpurile cele mai îndepărtate, un teren de strălucită desvoltare în civilizaţia multi-secular ce s'a desfăşurat pe pământul sacru al Italiei de astăzi.

Medicul care cercetează diferite probleme ştiinţifice, ca şi acela care călătoreşte în Italia, întâlneşte la fiecare pas, urmele unei vechi şi strălucite culturi medicale.

Trei epoci sunt în special impresionante prin marea lor operă medicală: epoca romană, aceea a renaşterii şi epoca fascistă.

In epoca romană ştiinţa şi practica medicală ajunsese la o mare desvoltare, de ale cărei proporţii ne dăm seama prin mărturiile ca şi prin scrierile ce ne-au rămas din acele timpuri îndepărtate.

Cine a vizitat Pompeiul, oprindu-se câteva minute în «Casa chirurgului» şi a admirat apoi în muzeul dela Neapole, instrumentarul chirurgical aşa de bogat al acestui ilustru precursor, şi-a putut da seama de remarcabila desvoltare pe care medicina romană o avea acum 2000 de ani.

Iar din opera lui Galien, care a trăit toată viaţa la Roma şi a oglindit în scrierile sale întreaga ştiinţă medicală a epocei sale, rees nu numai marile posibilităţi practice ale medicinei romane dar şi înaltele concepţiuni ştiinţifice de care era călăuzită.

Epoca renaşterei s'a caracterizat în primul rând, printr'o fericită desvoltare a artelor sub toate formele. Admirând arhitectura; sculptura şi pictura acelui timp, medicul fascinat de impresiunile puternice pe care le resimte, observă cu naturală satisfacţie, că printre clădirile monumentale ale epocei, spitalele ocupă un loc important.

Dacă ştiinţa pură nu constituia o preocupare primordială în timpul renaşterei, opera de asistenţă medicală era organizată cu generozitate

Il portico dell' Ospedale degli Innocenti. (Brunelleschi.) Piazza della SS. Annunziata Florenţa.

Nu există medic printre numeroşii călători cari străbăteau în fiecare an Florenţa, care să nu fi admirat «Ospedale degli Innocenti» ale cărui planuri au fost făcute de Brunelleschi şi a cărui execuţie se datoreşte celor mai mari constructori şi artişti ai timpului.

Coloanele pline de eleganţă, arcadele de o linie perfectă, terasele splendide şi sculpturile lui dela Robbia, care-l împodobesc, fac din spitalul de copii dela Florenţa, una din cele mai frumoase opere arhitectonice ale timpului.

Epoca fascistă, graţie directivelor Ducelui, aduce în domeniul ştiinţei un efort organizat, iar în acela al sănătăţei publice o voinţă inovatoare şi creatoare.

In articolele ştiinţifice ca şi în cele cari descriu marile instituţii medicale, ale Italiei de azi, publicate în numărul de faţă, se oglindesc realizările în adevăr epocale, pe care fascismul le-a iniţiat şi le-a înfăptuit.

In adevăr, problema malariei a fost atacată şi rezolvată prin asanarea unor regiuni întinse ca şi prin desvoltarea unui institut ştiinţific pentru studiul acestei chestiuni.

Problema tuberculozei a fost radical rezolvată prin asigurarea obligatorie contra acestei boale. Astfel s'au strâns sume cari au fost investite în spitale de izolare, în sanatorii de cură, în institute ştiinţifice şi într'o propagandă sistematică în contra acestei boale.

Pentru asistenţa medicală s'au construit şi s'au organizat spitale monumentale, admirabil dotate, cum este acela din Milano, descris într'un articol publicat în acest număr.

Iar pentru desvoltarea omului sănătos şi pentru medicina preventivă, s'a făcut cel mai frumos efort.

Iată cum în cele trei mari epoci de desvoltare istorică: Roma antică, Renaşterea şi Fascismul, medicina a avut un avânt remarcabil atât pe planul ştiinţei pure cât şi pe acela al organizărei asistenţei medicale.

Aducând un elogios omagiu trecutului glorios, ţinem să manifestăm sincera noastră admiraţie pentru strălucirea ştiinţei medicale italiene contemporane şi pentru admirabilele ei realizări, pe terenul sănătăţii publice.

«ROMANIA MEDICALA»

Pseudoartroza vertebrală şi aşa numita boală a lui Kümmell*)

de Prof. V. PUTTI

Consolidarea fracturilor vertebrale, ca şi ori cărei fracturi, poate fi lentă, incompletă sau nulă. Este chiar o fatalitate care face ca vertebrele, mai mult ca oricare os, în caz de fractură, fiind dispuse în manieră de a forma un organ atât de mobil şi atât de supus acţiunilor mecanice şi dinamice, fiind separate unele de altele prin alte formaţiuni ce, în caz de fractură, se interpun între diversele fragmente şi fiind mobile una faţă de alta, să nu mai poată fi readuse în poziţia lor iniţială şi să dea loc la diformităţi însemnate.

Nu voi insista asupra influenţei pe care o au, sau a pot avea, asupra mersului maladiei propriu zise leziunile concomitente ale neuraxei, influenţă care se poate manifesta direct, reducând energia puterii de reparaţie, sau indirect, interzicând staţiunea verticală a bolnavului şi lipsind formarea calusului de avantajul stimulaţiei.

Documentele antomo-clinice şi, mai ales, cele radiologice, care s'au înmulţit mai ales în urma cercetărilor din ultimii ani, arată că repararea unei fracturi vertebrale este totdeauna un fenomen lent, admiţând că prin reparare se înţelege reluarea completă a funcţiunii şi corectarea totală a deformaţiei. In împrejurări defavorabile, se poate întâmpla ca fracturile vertebrale, ceeace nu rare ori se întâmplă şi la alte fracturi, să nu se consolideze complet, sau să nu se consolideze de loc.

Condiţiile defavorabile se pot verifica atunci când:

1. Lipseşte organismului aptitudinea de a forma calusul.

2. Deformarea sau elementele neosificabile interpuse nu pemit reluarea contactului între fragmentele vertebrei.

3. Din cauza unei imobilizări insuficiente îi lipseşte fracturii imobilitatea indispensabilă pentru producerea calusului.

Condiţia aceasta (3) este cea mai frequent întâlnită în fracturi mai mult sau mai puţin grave, mielinice sau nemielinice şi, mai ales, atunci când ele sunt atât de neînsemnate încât nici nu sunt considerate ca atare, rămânând necunoscute şi, prin urmare, neimobilizate. In acest caz, care după cum am amintit, este cel mai frequent, lucrurile decurg, de obiceiu, astfel: traumatismul are ca efect o durere localizată, de obiceiu situată pe vertebrele dorsale medii sau pe una din următoarele trei: penultima şi ultima dorsală şi prima lombară, acestea fiind sediile de electie ale leziunilor traumatice. Nu se remarcă nici o diformitate. Impotenţa funcţională este momentană; bolnavul este silit să rămână în pat câteva zile apoi îşi reia treptat poziţia verticală şi ocupaţia sa. Astfel nimeni nu se gândeşte la o fractură, deci nu se face nici o radiografie, şi nici nu se aplică vreun aparat imobilizant. Totul merge bine pentru un timp ce poate dura dela o lună până la un an de zile, dar durerile revin din nou, fie locale, circulare sau mixte, provocând perioade de impotentă. Din nou repauz, din nou ameliorare, şi aşa mai departe până când, în faţa unei proeminenţe progresive a unei apofize spinoase sau a unei curburi evidente a spatelui, se execută o radiografie care pune în evidenţă nebănuita fractură ce se prezintă, aproape întotdeauna, ca o fractură provocată prin sdrobirea unui singur corp vertebral.

Ca exemple, aducem trei cazuri, alese fără nici o dificultate din cele 500 care formează statistica fracturilor vertebrale tratate la Institutul Rizzoli.

Cazul Nr. 1.-2. VI. 1938.

Vos. Mario de 42 de ani.

In 1916, acum 22 de ani, face fractura vertebrei a doua lombară. I se pune un corset gipsat pentru o lună, apoi este lăsat liber. In 1922 i se pune un corset de stofă şi metal, pe care îl poartă până în 1928, fiind apoi lăsat din nou liber. In 1932 se instalează o cifoză lombară care merge mărindu-se până a împiedica activitatea bolnavului (bolnavul este de meserie chelner).

De atunci se instalează dureri iradiante şi pareză la membrele inferioare.

Examen obiectiv. Cifoză cu vârful la apofiza spinoasă a vertebrei a doua lombară. Dureri la apăsare pe cap şi pe umeri. Rigiditate destul de accentuată. Lasègue bilateral 160°. Absenţa reflexelor abdominale şi a celui rotular din dreapta. Schioapătă pe piciorul drept şi oboseşte uşor la mers.

Radiografia Nr. 1, la 22. VI. 1938, arată o fractură produsă prin sdrobire în flexiune a corpului vertebrei a doua lombară, care s'a subţiat puţin sub formă de con mult lărgit. Fragmentul marginal anterior este normal. Ambele spaţii sunt lărgite. Nici un semn de calus, fie de condensare, fie periostal. Umbra este foarte densă. Imaginea ar putea fi luată drept o fractură datând de câteva zile.

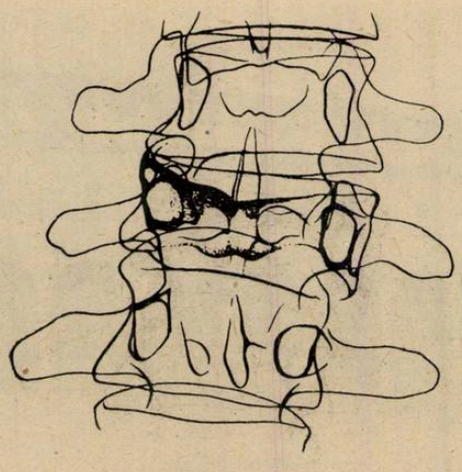


Fig. 1

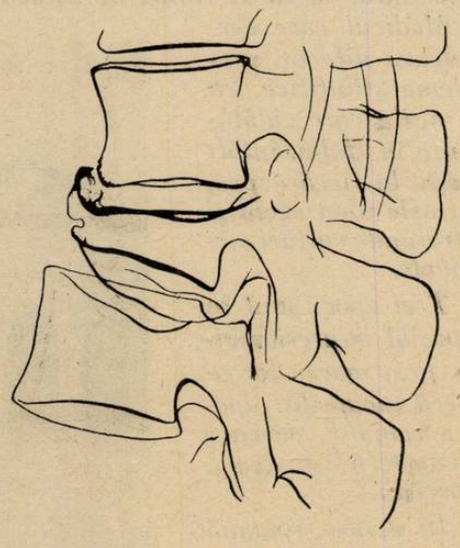


Fig. 2

Cazul I. Vos. Mario. Pseudartroza văzută la 22 de ani dela traumatism. Nici un semn de calos endostal şi nici un semn de calos periostal.

Bolnavului i se aplică următorul tratament: Osteo-sinteză cu două grefoane luate din tibia; corset gipsat până în Decembrie 1938, apoi corset de stofă.

Durerile şi impotenţa dispar.

Interesant în acest caz este faptul că o fractură monovertebrală, în sine nu prea gravă, fiind prost tratată, nu s'a vindecat în 22 de ani. Durerea şi impotenţa funcţională nu erau totuşi niciodată continue, ba chiar erau perioade de bună stare completă, urmate însă de agravări. De relevat este faptul că diformitatea a apărut abia după 16 ani dela fractură. Radiografia este aceia a unei fracturi neconsolidate, cu resorbţia substanţei cor-

*) *Lucrare din Institutul Rizzoli Clinica ortopedică a Universităţii Regale din Bologna.*

Un nou produs «Knoll»!

Oktyron liquid.

Combinație chimică moleculară de Octinum cu dimetilaminofenildimetilpirazolon.

La dureri de orice natură

Dureri de cap

Migrenă

Dureri nevralgice

Dureri spastice

Dismenoree

Dureri de dinți

Liber de barbiturice și alcaloizi.

Rp. Oktyron liquid. «Knoll», ambalaj original de 10 gr.

10-20 picături, la nevoe până la 4 ori pe zi, cu **multă** apă. Nu se vor lua pe stomacul **gol**.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN/RIN

Eșantioane și literatură prin: KNOLL S. A. R., Produse chimico-farmaceutice, Str. Atena 29, București 3.

Un nou progres în

Chimioterapia Sulfamidată

DAGENAN

α (p. amino-fenil-sulfamido) **Piridină**
CORPUL 693

TOXICITATE MINIMĂ
ACTIVITATE POLIVALENTĂ

exercitându-se îndeosebit asupra

PNEUMOCOCULUI
în pneumonie mortalitate redusă cu 2/3

GONOCOCULUI

MENINGOCOCULUI

STAFILOCOCULUI

COMPRIMATE
— dozate la 0,50 g. —

Doza mijlocie pentru adult în primele trei zile : 3 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques "POULENC FRÈRES" et "USINES DU RHONE" **SPECIA** 21, RUE JEAN-GOUJON — PARIS (8e) —

Propagande medicale : „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

pului vertebral, adică radiografia unui pseudartroze, asemănătoare cu aceia a unui col femural sau a unei tibie. De remarcat, în fine, că vindecarea s'a obținut în mod complect prin imobilizarea operatorie, după 22 de ani de suferință, și acest fapt este demn de a fi menționat.

Cazul Nr. 2.-26. IV. 1937.

Tin. Angelo de 53 de ani.

Cu un an și jumătate înainte, în A-

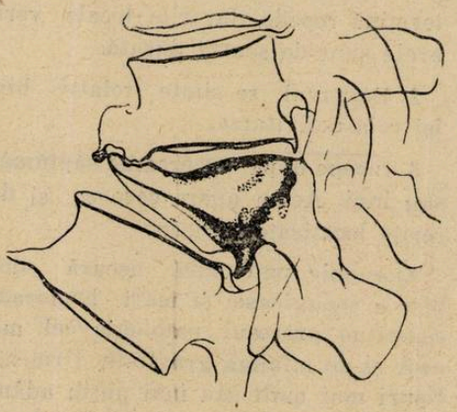


Fig. 3

Cazul II. Tin. Anagelo. Suprafața craniană a corpului 12 D. E. un plan de alunecare pentru discu și pentru corpul vertebrei a 11 dorsală.

prilie 1935, lovind un copac, își produce o fractură în flexiune a coloanei vertebrale. Este vorba de fractura vertebrei 12. — a dorsală, nerecunoscută și neimobilizată. Dela data fracturei și până azi, bolnavul se plânge de dureri la mers, imposibilitate de a purta greutăți.

Examen obiectiv. Mică cocoașe ascuțită a segmentului dorso-lombar. Motilitate bună. Dureri spontane circulare, costală inferioară și abdominală. Reflexe normale, sensibilitate normală.

Radiografia Nr. 3, arată o fractură prin sdrobire în flexiune a corpului vertebrei 12-a drosală, con cu vârf ascuțit. Suprafața craniană a vertebrei lezionate este densă, densă fiind și spongioasa corpului. Fragmentul marginal anterior se pare că de obiceiu formează o punte de continuitate între corpurile vertebrelor 11 și 12. Spațiul intervetebral este lărgit. Suprafața craniană a vertebrei a 12-a face impresia a forma un plan de alunecare pentru corpul vertebrei 11.

Fractura, necunoscută și netratată, după un an și jumătate, mai produce încă dureri și impotență. Starea anatomică a vertebrei este în acest caz diversă față de aceia din cazul Nr. 1. Sunt foarte evidente încercările de reparație sub formă de calus endostal (condensat difuz) și periostal (contopirea fragmentului mic). In acest caz, pseudoartroza, adică mobilitatea anormală, nu se verifică între fragmentele corpului vertebrei, ci între disc și suprafața craniană a corpului 12, dens și neted ca un plan de alunecare.

Cazul Nr. 3.-19. X. 1936.

Di Dav. Tanzio de 37 de ani.

Acum 2 ani, în 24. XII. 1934, în urma căderii de pe un copac, își produce fractura primei vertebre lombare. Nici un tratament. Bine câtva timp. După aceia, apar dureri vagi în torace și mai ales în regiunea gastrică, iradiate dela coloana vertebrală. Agravare progresivă și apariția unei cifoze unghiulare progresive. Actualmente are dureri continue.

Examen obiectiv. Cocoașă proeminentă la nivelul vertebrei I-a lombară. Marcată rigiditate. Nu are dureri la apăsare. Hiper-excitabilitate dovedită de reflexul rotular și de reflexele achileilor.

Radiografia Nr. 4—5. In proecție frontală suprafața craniană a corpului primei vertebre lombare, este mult mai largă decât aceia caudală și se prezintă diformată, prezintă o scobitură. Marginea sa este foarte densă. Dela extreminățile ei se ridică două spine osteofitice, care însă nu se unesc cu marginea corespunzătoare a vertebrei 12-a dorsală. Proecția laterală: fractură cu con în flexiune, de tip comun, cu marcată cifoză unghiulară. In sânul unghiului, fragmentul marginal obișnuit. Marginea craniană a primei vertebre lombare, apare, ca și în prima proecție, foarte densă. Spațiul intervertebral este lărgit, fiind umplut cu lamele libere.

Și în acest caz, avem același istoric și aceiași simptomatologie: fractură veche, nerecuonscută, netratată, necon solidată, agravare progresivă în ceeace privește durerea, diformitatea și insuficiența. Radiografia pezintă un interes particular, arătând acea scobitură a corpului vertebrei I-a lombară, densitatea sa prezentând o strictă analogie cu ceeace se vede la pseudartroza închisă a colului femural, (marginea densă a cavității scobită de fragmentul cervical în epifiză) sau la fragmetul distal al unei pseudartroze tibiale (figura 6, C).

Este oare cineva care să vadă ceva excepțional în desfășurarea acestor fenomene și în efectele clinice și anatomice produse?

Dacă da, acela desigur că nu dispune de o mare experiență traumatologică, căci mutatis mutandis, aceleași cauze produc aceleași efecte, cum s'a mai amintit mai sus, indiferent care este osul fracturat.

Să luăm exemplul tibiei.

O fractură diafizară transversă a tibiei singure, fără sau cu o mică deplasare, rău imobilizată în aparat gipsat, pe timp de 20 de zile, lăsată apoi liberă, cere după puțin timp un nou tratament. Chiar dacă individul este tânăr și fără tare organice, și chiar dacă totul pare a avea decursul cel mai favorabil, după 2, 3 sau 6 luni, durerea persistă încă, bolnavul schiopătează și nu poate părăsi bastonul. Radiografia va arăta existența unui șanț net de separație între cele două fragmente și extremitățile fragmentelor încep a lua o densitate anormală, mărginile lor prezentând ondulații (figura 6 B.). Radiografiile succesive, vor demonstra că starea se agravează progresiv, că densitatea crește și că spațiul care separă fragmentele crește și el. Acest fapt dovedește că, nu numai nu s'a produs osificarea, dar chiar se produce o resorbție a țesutului osos și capacitatea reparativă endostală sau periostală este cel puțin suspendată (figura 6 C.).

După un an dela traumatism, se intră într'o fază de acalmie și nimic nu se mai modifică.

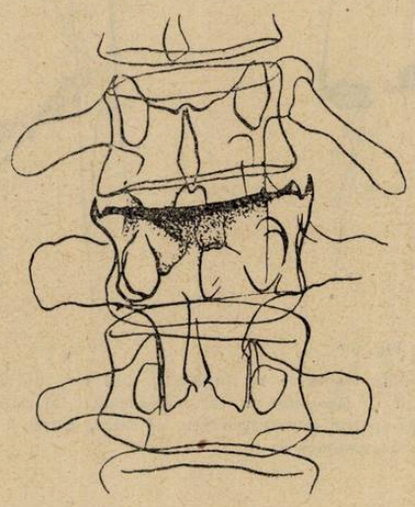


Fig. 4

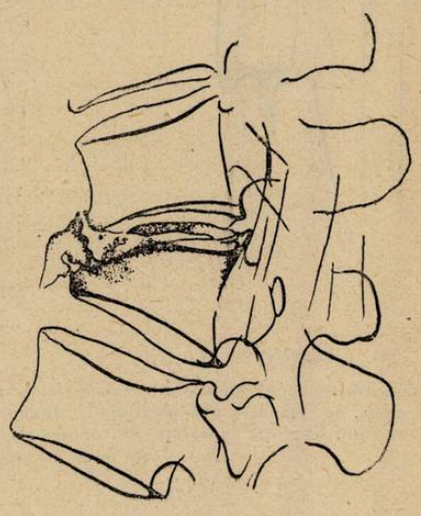


Fig. 5

Cazul III. Di Dav. Tanzio. Pseudartroza datând de 2 ani. Lărgire și scobirea suprafeței craniene a corpului I. L. marginea ei fiind condensată și satinată. Analogie cu radiografia dela figura 6 C.

Acest lucru este surprinzător, căci fractura este puţin însemnată, bolnavul este tânăr şi sănătos, atât el cât şi întreaga sa familie.

Se începe cercetarea diferitelor reacţii (Wassermann, calcemie, fosfatemie, glicemie), pentru a înlătura diferitele suspiciuni. Se fac injecţii de calcium pentru a da impresie bolnavului că i se face ceva. Astfel se procedează, până când se aplică un bun aparat gipsat sau când se efectuează o transplantare osoasă. Acesta este singurul mijloc ca în circa 6 luni să reuşim a consolida fractura, a calma durerile şi a reda puterea de lucru a bolnavului.

Din fericire, nu ori şi care fractură de col femural rămâne neredusă şi neimobilizată, nu toate ajung a forma o pseudartroză.

Resorbţia colului femural, bine cunoscută, adică acea dispariţie progresivă a ţesuturilor interpuse între două părţi epifizare, este perfect identică cu pseudartroza verificată în cazurile prost tratate de fractură vertebrală. Acest lucru a fost constatat deja de Kocher, Wagner şi Stolper şi alţii, care, au făcut o paralelă între pseudartroza femurului şi a tibiei pe de o parte şi a calcaneului şi a astragalului pe de altă parte.

De lipsa de consolidare a fracturei diafizare se învinueşte, cu mai multă sau mai puţină dreptate, interpoziţia de ţesuturi neosificabile. Deasemenea în fracturile vertebrale se poate invoca acelaş motiv, căci, cu mare frecuenţă, lamelele discului se interpun între fragmentele vertebrei fracturate şi pentru ca aceasta să se întâmple, nu este nevoie ca fractura să aibe o gravitate însemnată, căci s'a văzut într'un caz pătrunzând nucleul polpos între lamele spongioase numai printr'o simplă fisură.

O judecată analoagă duce la stabilirea strictei rudenii între ambele cazuri.

Acest sindrom traumatic, individualizat de Verneuil a fost botezat de Kümmell cu numele de «boala vertebrală post traumatică».

Traumatologii au fost suprinşi auzind vorbindu-se despre acest aşa zis sindrom, nu pentru că nu cunoşteau manifesările, ci pentru că nu reuşeau să-i fixeze caracteristicile acestui complex simpomatic particular şi excepţional. A fost nevoie să treacă mulţi ani înainte ca traumatologii şi Kümmell însăşi ,să fie siliţi a admite . că această maladie nu era înt'adevăr decât urmarea unei fracturi şi anume până când, pe la 1927 Schmorl a arătat existenţa fracturilor care modifică atâta de puţin substanţa corpului vertebral, încât reuşesc să rămână necunoscute însăşi bolnavilor, neproducându-le dureri prea imporante.

Dar şi după aceasta, deşi se găsise o bază sigură edificiului anatomo-patologic, maladia post traumatică este lăsată în plata Domnului şi nimeni nu se gândeşte că ar fi necesar a interveni, având aceiaş soartă cu spondilita lui Kümmell şi cu «railuay spine» a autorilor englezi [1]).

Repetăm aci caracteristicile boalei vertebrale post traumatice, aşa cum le precizează Kümmel însăşi în articolul său din 1928, cel din urmă, pe care îl cunoaştem noi, dedicat argumentului [2]).

Traducem cuvânt cu cuvânt:

Simptom şi decurs: «Boala vertebrală post traumatică (boala lui Kümmell) este, cum indică numele, produsă de un traumatism. Decursul său prezintă trei stadii:

1. Urmează imediat după leziune, se termină repede, durerile locale vertebrale sunt de scurtă durată.

2. Bolnavul se simte relativ bine, îşi reia activitatea.

3. Începe după trecerea de săptămâni sau luni. Acum apare cocoaşe şi durerile localizate reîncep.

Anatomie patologică: uşoară sdrobire a spongioasei şi mari hemoragii constitue procesul patologic cel mai uşor şi de minimă gravitate. Urmează fisuri mai mult sau mai puţin adânci şi, în fine, cauza răului este atribuită unei fracturi ce povoacă compresiuni.

Fiindcă nimeni înainte de Schmorl, nici Kümmell însăşi nu a reprodus nici un document anatomic în această chestiune, trebue să fim satisfăcuţi de unicul document adus de Schmorl pe care el îl consideră tipic pentru această boală.

Nu ştim în ce constă această tipicitate, căci lipseşte documentului orice precizie anatomică sau istologică.

Este o vertebră spongioasă care s'a resorbit majoritatea sa, urmând un destin identic cu acela pe care îl are spongioasa colului femural, sau aceia a calcaneului sau a astragalului, într'o fractură rău imobilizată şi prea de timpuriu liberată. Nici mai mult, nici mai puţin.

Documentarea radiografică, şi acest lucru aducea la disperare, pentru aşa zisa boală a lui Kümmell, este de o insuficienţă exasperantă, fapt care a făcut să nu se poată da boalei o bază radiografică, care să permită a o individualiza uşor.

După aceste simptome, care ar putea să servească oricărui tablou clinic al oricărei maladii traumatice, este greu de a da subsanţa necesară unei singure entităţi traumatologice.

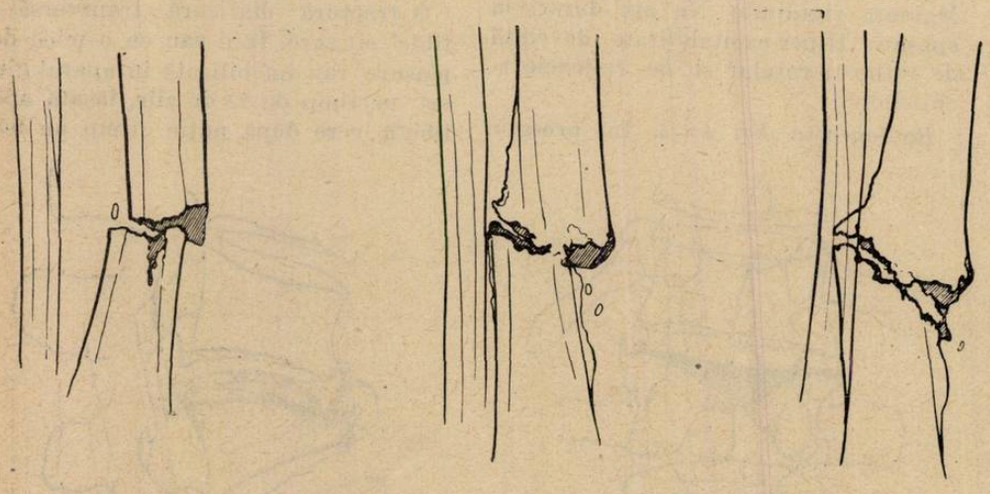


Fig. 6 a Fig. 6 b Fig. 6 c

Cazul IV. Volta: a) Radiografie executată în aceiaşi zi dela fractură. b) După 5 1/2 luni nici un semn de calos, extremitatea fragmentului proximal, s'a lărgit şi marginea sa este condensată. c) După 16 luni, resorbţia suprafeţei de contact s'a făcut aşa ca spaţiul interfragmentar să reiasă mărit, fapt uşor de constatat prin coufruntare cu b).

1) *Putti V.* Artrite vertebrale e trauma. Riforma Medica. A. 46, N. 25. Napoli' 23 Giugno. 1930.

2) *Kummel H.* sen, Die heutigeStandpunkt der posttraumatischen Wirbelerkrankungen. (Kümmelsche Krankheit). Arch. h. f. orthop. und Unfall Chir 1928,

Tratamentul sifilisului este
o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea
pentru combaterea sifilisului

Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluţie stabilă, gata preparată pentru injecţiuni intravenoase şi intramusculare Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic şi clinic ca şi
NEOSALVARSAN

»Bayer« BAYER LEVERKUSE Na. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România :
„ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon : 3-92.86.

HEPAFEB

Principiul antianemic al ficatului

SIROP PENTRU COPII — ELIXIR PENTRU ADULŢI — FIOLE INJECTABILE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

Noui teorii asupra evoluţiei paraziţilor malariei*)

de Profesor C. RAFFAELE

I. — *Introducere.*

Este surprinzător cum malaria, care este una din puţinele boli curabile cu remedii specifice, este încă atât de răspândită în lume. Până şi în Olanda, unde factorul climatic ar fi nefavorabil persistenţei sale şi unde metodele de organizaţie sanitară au atins un înalt grad de perfecţie, sunt zone intens malarice.

Gravitatea căpătată de problema malariei, isbucnită în mijlocul trupei în timpul războiului din 1914-1918 şi falimentul aproape a tuturor tentativelor de a o înfrânge, a fost de curând amintită de James, care făcea puţin reconfortanta constatare că: «după război încrederea în eficacitatea oricărei măsuri terapeuitice şi pofilactice a scăzut aproape la zero».

«Aceia care, în timpul marelui răsboi», — adaugă James, — «au luat parte realmente la sforţările făcute de a combate malaria în diversele părţi ale lumii se întoarseră acasă cu deziluzionantă senzaţie, că tot ceeace ştiu despre această maladie este mult mai puţin decât ceeace credeau a şti, că cel mai bun lucru este să dăm la o parte mândria şi, plini de umilinţă şi respect, să luăm totul dela început pentru a încerca să furăm naturii secretul unuia dintre misterele sale».

Cuvintele lui James arată profunda descurajare ce a cuprins sufletul acelora cari, pentru a rezolva problema malariei, au acordat complecta lor încredere chininei. Increderea care se avea în acest medicament era, de altfel, perfect justificată de faptul că noţiunile ce se aveau despre biologia paraziţilor demonstra că maladia depindea de reproducerea paraziţilor inoculaţi in sânge de ţânţari. Era deci raţional de a se gândi că chinina, care îi distruge, va domina cu uşurinţă maladia şi va împiedica împrăştierea ei. Dar aceste roze presupuneri au fost răsturnate de cele ce urmează.

II. — *Insuficienţa chininei ca preventiv al malariei.*

Profilaxia chininică aplicată pe o scară largă în baza acestor teorii, a făcut să fie descoperit, cu surprindere, faptul că, deşi ea împiedică apariţia febrei şi a paraziţilor în sânge, nu reuşea a împiedica infecţia chiar dela începutul ei; maladia era totuşi contractată, dar simptomele apăreau mai târziu, după un anumit timp dela suspendarea medicamentului. Acest lucru fu demonstrat şi pe cale experimentală la paralitici trataţi cu chinină înainte şi după înţeparea ţânţarilor infectaţi, contaminare făcută în scop terapeutic.

Chinina deci, nu ucide paraziţii la intrarea lor în organism, ci împiedică numai apariţia lor în sânge, fapt care demonstrează că, deşi îi distruge încontinuu, nu reuşeşte niciodată să elibereze organismul de prezenţa lor. Lucrul acesta apare şi mai straniu, dacă se ţine seama că numărul lor este iniţial infinit mai mic decât acela ajuns de paraziţi în momentul atacului febril, atunci când chinina dovedeşte maximul său de eficacitate.

Alt fenomen, care nu se poate uşor explica, este faptul următor: chinina, chiar administrată după ce vindecarea maladiei din punct de vedere clinic e fapt împlinit, nu reuşeşte a preveni apariţia recidivelor. Cum este posibil ca acest medicament, a cărui actiune în timpul atacurilor febrile este atât de puternică încât pot să dispară în scurt timp paraziţii din sânge, devine deodată inactiv?

Dece îşi recapătă . eficacitatea sa imediat ce apare o recidivă?

S'a admis pentru mult timp că, un anumit număr de paraziţi, prea mic pentru a putea fi descoperit cu ajutorul preparatelor comune de sânge, scapă acţiunei chininei, dar această ipoteză s'a dovedit de nesusţinut, după ce s'a dovedit că recidivele nu se produc la paralitici inoculaţi în scop terapeutic cu sânge infectat cu «*Plasmodium Vivax*», în timp ce aproape totdeauna se întâlnesc recidivele la acei inoculaţi prin intermediul ţânţarilor infectaţi cu acelaş parazit.

Este deci evident că, rezistenţa paraziţilor la chinină nu depinde de adaptarea lor la acţiunea medicamentului, ci trebue atribuită conditiunilor particulare care determină, chiar dela începutul infecţiei, în paraziţii inoculaţi de ţânţari şi care rămâne în timpul evoluţiei maladiei.

Se poate deci conclude că atât insuccesul profilaxiei cât şi acel al prevenirii recidivelor, trebue să fie consecinta unui acelaşi fenomen care se constată numai atunci când infecţia este contractată, în acelaş fel ca şi în natură, prin intermediul ţânţarilor: *este aşa dar legat de inoculaţia sporozoiţilor.*

Aspectele contradictorii ale «acţiunii chininei nu puteau să nu îndrepte atenţiunea cercetătorilor cari se ocupară cu studiul amănunţit al problemei ineficacităţii sale în profilaxie. Aşa fu din nou ridicată chestiunea destinului sporozoiţilor după penetrarea lor la oaspete. Se începu a se pune la înndoială veridicitatea observaţiilor lui Schaudinn (2) asupra mecanismului de pătrundere al sporozoiţilor în globulele roşii, lucru care nimeni nu reuşi a repeta, şi James (3) fu înpins a lua în considere posibilitatea ca ei să pătrundă în celulele reticulo-endoteliului. Recapătă astfel valoarea opinia exprimată în 1900 de Grassi (4) care era de părere că sporoziţii nu puteau să se transforme direct în elementele ciclului monogonic ordinar şi că trebue să existe cel puţin o generaţie cu caractere particulare».

III. «*Faza negativă a sângelui*».

Un fenomen straniu care nu concordă cu principiul în mod general admis al penetraţiei directe a sporoziţilor în globulele roşii, este acela a lipsei puterii infectante a sângelui («faza negativă a lui Kikuth) în timpul primelor zile de incubaţie a malariei. Kikuth (5) observase la păsări că era imposibil de regăsit în sânge sporozoiţi, nici microscopic şi nici biologic, într'un interval de 5 minute până la 3-4 zile dela inoculare.

Puţin după acea eu am demonstrat (6) că sângele canarilor inoculaţi cu sporozoizi de «*Plasmodium Relictum*» nu era infectant decât după trecerea a circa 3 zile după inoculare, fapt ce fu după aceea confirmat de Warren şi Cogeschall (7) şi de Kikuth şi Mudow (8) cari demonstrară, în afară de aceasta, că dacă se sacrifică în faza negativă păsările şi se inoculează cu ajutorul fragmentelor de organe (ficat, splină, plămâni, etc.) alte păsări, acestea sunt infectate. *Deci celulele organelor interne sunt infectate şi infectante înaintea sângelui.*

In malaria umană cercetările lui Boyd (9), ale mele (10) şi ale lui Ciuca şi colaboratorilor săi (11) demonstrează că, în pacienţi inoculaţi cu sporozoiţi de «*Plasmodium Vivax*» şi «*Plasmodium Falciparum*», faza negativă durează între 4 şi 8 zile. Eu am putut, în afară de aceasta, să demonstrez că (10) sporozoiţi inoculaţi direct în vine dispar rapid din sânge.

Când, în loc de sporozoiţi, se inoculează pe cale intravenoasă sau subcutantă sânge infectat, se întâmplă cu totul altfel. In acest caz sângele subiectului inoculat devine în scurt timp infectant faţă de un individ nou. Dacă sporozoiţii ar pătrunde în globulele roşii, nu ar trebui să existe niciodată o fază negativă a sângelui său, cel puţin ar trebui să fie de o durată mult mai scurtă decât aceea pe care o întâlnim.

IV. — *Durata incubaţiei şi numărul paraziţilor inoculaţi.*

Dacă unui subiect i se inoculează sânge infectat în vine, perioada de

*) *Lucrare din Institutul de malariologie „Ettore Marchiafava" Roma, Director Senator Profesor G. Bastianelli.*

incubaţie ce urmează, este cu atât mai scurtă cu cât numărul paraziţilor inoculaţi este mai mare, putând ajunge până la o anulare, din punct de vedere practic, a ei.

Dacă însă se inoculează sporozoiţi, oricât ar mări numărul lor, perioada de incubaţie nu se coboară sub o anumită limită minimală care poate fi atinsă şi cu număr relativ mic de sporozoiţi.

Deci nu este nici o diferenţă apreciabilă în durata de incubaţie între indivizii înţepaţi de unul sau mai mulţi ţânţari infectaţi.

* * *

Faptele expuse mai sus, demonstrează că evoluţia malariei provocată în mod experimental prin inoculare cu sânge infectat, este, sub multe aspecte, simţitor diversă de malaria contractată în natură, consecinţă a înţepăturei ţânţarilor infectaţi.

Această diferenţă m'a întărit în convingerea că sporozoiţii diferă de paraziţii globulelor roşii mult mai mult decât s'a crezut până acum şi că trebue să existe o fază de adaptare sau un ciclu de evoluţie intermediară între sporozoiţii şi paraziţii intra-globulari ai sângelui. Cercetări în acest sens au fost făcute de mine şi au adus la descoperirea unei faze din evoluţia paraziţilor, până acum complect ignorată.

V. — *Evoluţia lui Plasmodium Flongatus şi a lui Haemoproteus.*

O primă dovadă în posibilitatea unei evoluţii a paraziţilor malariei în celulele aşa numitului «reticulo-endoteliu» fu dată de mine (12-13) în 1934 pe baza observaţiilor făcute asupra biologiei unui parazit provocator al malariei păsărilor, *Plasmodium Elongatus*. Huff (14) a demonstrat că el tinde a se reproduce, de preferinţă, la păsările eritroblastice ; eu, extinzând cercetările asupra acestui parazit ce reapăruse în Italia (12), am demonstrat formele de schizogonie ce se găsesc, în marea majoritate a cazurilor, în organele interne (ficatul, splina, măduva oaselor, etc.) şi că *erau adesea lipsite de pigment*. In acelaş an, după studii ulterioare (13), am putut stabili că *Plasmodium elongatus*, în afară că posedă facultatea de a se reproduce în toate celulele serii roşii mature şi nemature, se desvoltă şi în celulele cuprinse în sistemul reticulo-endotelial.

In 1935 Huff şi Bloom (15) au făcut un studiu foarte amănunţit al diverselor tipuri de celule în cari evoluează acest parazit, a cărui biologie părea aşa de diversă de a tuturor celorlalţi paraziţi malarici, încât au ajuns la concluzia că *Plasmodium elongatus* trebue considerat zoologic diferit de ceilalţi paraziţi malarici.

Trebue să recunoaştem că evoluţia curioasă a acestui parazit părea a justifica suspiciunea lor, întrucât nimic asemănător nu fusese observat vreodată în vreuna din speciile de paraziţi malarici, cu toată atenţia cu care au fost studiate alterările anatomopatologice ale organelor interne ale malaricilor.

Eu, însă, am descoperit în biologia lui *Plasmodium elongatus* un început preţios în favoarea posibilităţii bănuite ca prozoiţii inoculaţi de ţânţari să pătrundă în celulele reticulo-endoteliului pentru a îşi începe transformarea lor în paraziţi ai globulelor roşii. Nu m'a făcut să renunţ la această convingere, faptul că nici o formă particulară de evoluţie nu fusese descoperită în organele interne ale victimelor malariei umane. Studiul altor hematozoari, care se reproduc în celulele reticulo-endoteliului şi a căror biologie, este, în ansamblul său, cu nimic asemănătoare cu aceia a paraziţilor malariei, întări punctul meu de vedere.

Sunt într'adevăr hemoparaziţi *(Haiteridium)*, paraziţi foarte comuni ai păsărilor, a căror reproducere se face în organele interne pe când formele sexuate se duc în globulele roşii, cari revin cu multă dificultate la stadiul de schizonţi, chiar dacă prezenţa lor în organele interne este dovedită de impunătorul număr de gametociţi din sânge. Brumpt (16) arată că, după ce a eliberat sângele de gametociţi cu plasmochină, aceştia revin în circulaţie după scurt timp în mare număr, fapt ce dovedeşte prezenţa schizonţilor în organele interne dar, sacrificând păsările nu a reuşit să găsească vreunul, cu toată atenţia cercetărilor sale. Pe mai multe sute de păsări infectate cu *Haemoproteus* examinate, nu a găsit decât de două ori schizonţi în organele interne.

Nu este, deci, nici un motiv de a exclude că anumiţi paraziţi ai malariei pot exista, chiar dacă nu se găsesc uşor. Şi a fost tocmai această consideraţie care m'a hotărît să insist în cercetări, cu toate că erau puţine speranţe că voi reuşi. Gândeam că în malarie, ca şi în infecţiile cu *Haemoproteus*, va fi uşor să pună în evidenţă un eventual titlu de evoluţie făcând cercetări la începutul infecţiei, adică puţin timp după inocularea sporozoiţilor.

VI. — *Evoluţia diverşilor paraziţi ai malariei păsărilor.*

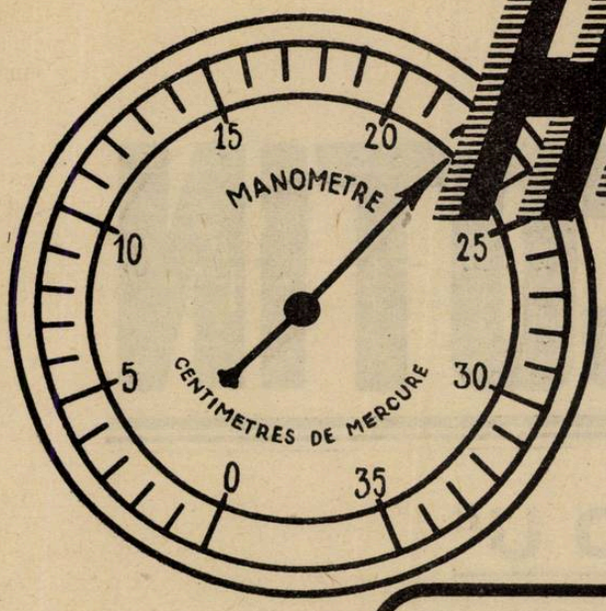
In timp ce urmam cercetările pe *Plasmodium elongatus*, am început altele pe *Plasmodium relictus*, parazit al păsărilor, a cărui evoluţie apare foarte asemănătoare cu aceia a plasmodiilor umane, în sensul că în păsările moarte din cauza infecţiei, nu se găseau de obiceiu — ca la *Plasmodium elongatus* — forme particulare de evoluţie în organele interne.

Am putut astfel să-mi complectez observaţiile mele din 1934 pe *Plasmodium elongatus* (17) să demonstrez că, din cele 2 cicluri de evoluţie, acela ce se face în organele interne, precede pe celălalt, ce se observă în sânge, căci paraziţii se găsesc răspândiţi în organele interne din timpul când sângele este încă negativ. Era, deci, logic să trag concluzia că infecţia se începe în acele celule în cari se răspândeşte mai întâi, deci sporozoiţii pătrund în celulele reticulo- endoteliale.

In acelaş timp am reuşit să demonstrez (18) că în infecţia provocată de *Plasmodium relictus*, inoculând păsările cu sporozoiţi şi sacrificându-le după 7 sau 9 zile dela inoculare, este posibilă găsirea în organele lor interne de paraziţi apigmentaţi, de aspect asemănător acelor observaţi la *Plasmodium Elongatus*. Se putu constata prezenţa în diverse organe şi, mai ales în ficat şi splină; apăreau adesea liber în substanţa frotiului şi alteori păstrau raporturi cu celulele oaspete a căror structură era foarte asemănătoare cu aceea a celulelor, cari sunt, în mod general, cuprinse în sistemul reticulo-endotelial.

Pentru sacrificarea păsărilor aşteptam apariţia primilor paraziţi în sânge, fapt pe care îl socoteam necesar din două motive: 1) pentru că vroiam să fiu sigur că infecţia se produsese: 2) pentru că dacă aşi fi găsit paraziţi apigmentaţi în organele interne şi nu pe aceia din sânge, ar fi fost greu de stabilit care este raportul între cele două tipuri de paraziţi şi dacă există într'adevăr vreunul. Ţin, în mod particular, să precizez acest punct, pentru că, întrebuinţând această metodă, mi-a fost posibil să stabilesc, în mod sigur, existenţa unui ciclu al paraziţilor, divers de acela până acum cunoscut. Dacă aşi fi considerat infecţia organelor interne fără a ţine cont că ea urma întotdeauna pe aceea a sângelui, este foarte probabil că şi eu aşi fi căzut în aceeaşi greşeală în care a căzut Hegner, Wolfson (19) şi Giovannola (25), cari au susţinut, în contradicţie cu teza mea, că formele apigmentate ale plasmodiilor maladiilor sunt nişte paraziţi din genul *Toxoplasma*.

Este adevărat că aşteptând apariţia paraziţilor în sânge, este demonstrat că sporozoiţii îşi încep evoluţia lor în celulele reticulo - endoteliului, dar luând în consideraţie faptul că formele apigmentate erau deacum relativ numeroase în organele interne, când era cu greu să descoperi foarte rar paraziţi în sânge, era logic să conclud că ciclul de reproducere mo-



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

- ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
- ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
- ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
- ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
- ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :

Fiole a 1 cmc. conținând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conținând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Avitaminozele P. P.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Pe baza de acid nicotinic şi aminoacizi

2 Forme: Fioale injectabile conţinând 0,150 gr. acid nicotinic

Tablete conţinând 0,100 gr. acid nicotinic

Acţiunea rapidă în:

Pelagră
Turburări digestive
Porfirinurie
Afecţiuni cutanate
Turburări mintale
Surditatea sunetelor înalte.

Cutii cu 5,15 şi 50 fiole a 5,3 cc.
Flacoane cu 30 tablete.

Dr. Alexandru Radu, Bucureşti 3 Str. Sofia 30.

nogonică începe în acele celule în cari infecţia s'a răspândit mai la început.

Se putea, deci, considera ca demonstrat că plasmodiile păsărilor îşi începeau ciclul lor de evoluţie în celulele reticulo-endoteliului.

După cercetările mele au venit alţi autori cari, au confirmat opinia mea şi au extins cercetările şi la alţi paraziţi. Astfel James şi Tate (21-22) au descoperit formele apigmentate în organele interne ale găinilor infectate cu *Plosmodium Galinaceum* şi în infecţiile canarilor provocate de Plasmodium relictus; Kikuth şi Mudrow (23) în acelea provocate de *Plastodium Cathemerium* şi *Plasmodium Relictus;* Hegner şi Wolfson (24) în acelea provocate de *Plasmodium Nucleophilum*, Manwell şi Goldstein (25) în acelea provocate de *Plasmodium Circumflexus.* Mulţi alţi autori s'au ocupat de această chestiune dând acestui fenomen interpretări diverse, pe cari nu este cazul de a le lua în consideraţie. James şi Tate pentru a evita orice discuţie asupra a ceeace trebue înţeles ca «sistem reticulo-endotelial», concepţie neadmisă de toţi, denumiră formele apigmentate «forme exoeritrocitice», termen care, fiind prea lung, fu modificat de autori germani în acela de «forme EE».

In afară de părerile unora, de altfel fără nici o importanţă a unei faze de evoluţie a paraziţilor malariei în organele interne, diverse de aceia până acum cunoscută, este un fapt admis de toţi, cel puţin în ceeace priveşte malaria păsărilor.

Nu este cazul de a insista asupra desbătutei chestiuni a definiţiei exacte a sistemului reticulo-endotelial, şi a celulelor cari fac parte din acest sistem, dar este sigur că multe din celulele în cari se desvoltă paraziţii, aparţin acestui sistem.

Din punct de vedere morfologic, formele EE nu sunt în mod fundamental neasemănătoare paraziţilor pigmentaţi din sânge, se disting mai ales prin faptul că sunt apigmentaţi, că citoplasma se colorează mai intens şi mai uniform în albastru, şi că au dimensiuni simţitor mai mari decât cele ajunse în momentul schizogoniei. Şi numărul merozoiţilor cari dau naştere schizonţilor, este aproape totdeauna mai mare. Nu se poate spune că sunt diferenţe morfologice subtanţiale între o specie parazitară şi alta, în afară de dimensiunile schizonţilor apigmentaţi, cari, la unele specii (de exemplu *Plasmodium Galinaceum),* sunt mai mari ca la alte specii (de exemplu *Plasmodium Elongatus).* Ceia ce variază este numărul şi sediul evoluţiei lor; în unele infecţii, ca de exemplu în acelea provocate de *Plasmodium Cathemerium,* formele EE sunt de obiceiu foarte numeroase şi se întâlnesc foarte dese în endoteliul capilarelor cerebrale, sediu considerat ca excepţional pentru formele EE ale lui *Plasmodium Relictus,* cari de altfel sunt foarte puţine. Ficatul, splina şi plămânul sunt sediul tuturor speciilor.

VII. *Prezenţa paraziţilor nepigmentaţi la om*

Numeroase şi lungi cercetări au fost făcute de mine pentru a arăta existenţa la om a formelor de evoluţie a paraziţilor malarici deja descrise la păsări. Cercetările au fost făcute pe măduva oaselor obţinută prin punctia sternului făcută paralitricilor inoculaţi cu *Plasmodium Vivax* şi *Plasmodium Falciparum.*

Cu toată dificultatea provocată de faptul că măduva oaselor nu este sediul preferat de evoluţie al paraziţilor apigmentaţi, am reuşit să stabilesc prezenţa lor în ambele infecţii (26-27). Cum era de aşteptat, formele găsite au fost puţine, dar totuşi suficiente pentru a demonstra existenţa lor; altele au fost găsite în observaţii succesive cari vor fi comunicate la timp. Intre timp, Tarsitano şi Lucrezi (28) au observat în infecţiile provocate de *Plasmodium Vivax* şi *Casini* (29) şi au semnalat o interesantă descoperire în endoteliile capilarelor cerebrale ale unui pacient mort în urma hemoglobinuriei. Jerace (30), pe de altă parte, a descoperit o formă apigmentată în normoblaşti, în sângele unui pacient infectat cu *Plosmodium Falciparum.*

Nu este nici o îndoială, că şi la paraziţii malarici umani, există un ciclu de evoluţie asemănător cu acela al paraziţilor malorici ai păsărilor ; numai că, din motive particulare şi uşoare de înţeles, este mai greu a le observa.

VIII. — *Semnificaţia formelor apigmentate*

După cum am scris mai sus, fenomenului descris i-au fost date mai multe interpretări; mai ales discutată a fost derivaţia formelor apigmentate din sporozoiţi din cauză că a fost posibilă găsirea acestor forme şi în animalele inoculate cu sânge infectat.

Deşi dela primele mele cercetări, mi s'a atras atenţia de existenţa unei asemenea eventualităţi, nu cred că ea ar fi în contradicţie cu teza susţinută întotdeauna de mine a derivaţiei formelor exoeritrocetice din sporozoiţi, pentru că unele tipuri de infecţie, ca de exemplu acelea provocate de *Plasmodium Relictus,* se găsesc de obiceiu numai la oamenii inoculaţi cu sporozoiţi şi nu în aceia inoculaţi cu sânge. Evident, atunci când apar în organele interne ale indivizilor infectaţi cu sânge, ele derivă din forme exoeritrocitice preexistente în sângele inoculat. Este posibil, într adevăr, ca în determinate cazuri, anume în acelea de infecţie în care există o largă difuziune de paraziţi apigmentaţi în organele interne, să intre şi în sângele luat din vasele periferice.

Făcând o excepţie, paraziţii cari au tendinţa de a evolua în celulele tinere ale seriei roşii lipsite încă de hemoglobină (de exemplu *Plasmodium Elongatus)* şi cari sunt poate mai puţin net diferenţiaţi pentru un anumit tip de celulă oaspete, reţin drept probabil că merozoiţii produşi de schizonţii pigmentaţi din sânge, pot, pătrunzând în celulele reticulo-endoteliului să recapete caracterele de paraziţi apigmentaţi pentru că, dacă ar fi astfel, aceştia ar trebui să se găsească întotdeauna în mai mare număr după inoculările cu sânge, fapt care se întâmplă totdeauna. Faptul că în infecţiile umane cu *Plasmodium* Vivax nu există recidive la indivizii inoculaţi cu sânge, demonstrează că nu pot fi forme apigmentate în sângele inoculat şi că paraziţii globulelor roşii nu pot, reproducându-se, să dea naştere la merozoiţi cari să revină la tipul apigmentat. Prin urmare, cred că nu poate să existe vreo îndoială că recidivele cel puţin acele care apar după mai mult timp, trebuesc să fie puse în legătură cu persistenţa paraziţilor apigmentaţi din organele interne care, după cum a demonstrat James şi Tate (22), eu (31) şi Kikuth şi Mundrow (32), nu sunt susceptibile la acţiunea chininei şi nici atebrinei sau plasmochinei sau altui medicament.

IX. — *Concluzii*

Din cele expuse, se pot trage următoarele concluzii:

1) Ineficacitatea profilaxiei medicamentoase a malariei, este cauzată de faptul că primele forme de evoluţie ale paraziţilor nu sunt atacate de medicamentele, cari acţionează numai asupra formelor eritrocitice ale sângelui.

2) Insuficienţa medicamentelor în prevenirea recidivelor depinde de persistenţa paraziţilor apigmentaţi în organele interne.

3) Faza negativă a sângelui, în timpul incubaţiei, este în legătură cu faptul că paraziţii apar în sânge numai după ce sporozoiţii, transformându-se în schizonţi apigmentaţi, au dat naştere la cel puţin o generaţie de paraziţi

Ciclul monogonic sau asexual al paraziţilor malarici, a fost deci împărţit de mine în două faze:

O fază monogonică primară, apigmentată exoeritrocitică, care îşi trage

originea din sporozoiţii inoculaţi de ţânţari care pătrund în celulele reticulo-endoteliului, unde se transformă succesiv în trofozoiţi şi schizonţi apigmentaţi. Pătrunderea sporozoiţilor în celulele reticulo-endoteliului, a fost de curând dovedită de Kikuth şi Mudrow (33) şi de Schulemann (34). Schizonţii apigmentaţi reproducându-se, dau naştere la merozoiţi de două tipuri: merozoiţi histotropi care invadează noui celule ale reticulo-endoteliului şi evoluează spre forma apigmentată: *merozoiţi hemotropi*, care se duc în globulele roşii, unde începe *faza monogonică secundară*, pigmentată, eritrocitică. Merozoiţii schizonţilor pigmentaţi ai sângelui, sunt, după toate probabilităţile, hemotropi. In ceeace priveşte gametociţii, eu cred că, afară de unele cazuri (de exemplu *Plasmodium Elongatus)*, provin din merozoiţii schizonţilor din sânge.

Numărul merozoiţilor histotropi produşi de fiecare generaţie a primei faze, este variabil, uneori este foarte mare şi paraziţii apigmentaţi se răspândesc mult în organele interne, alte ori este mic, predomină atunci merozoiţii hemotropi şi, în consecinţă, paraziţii apigmentaţi se micşorează şi de aceea se găsesc din ce în ce mai greu în organele interne până a deveni practic de nereperat. Dar aceasta nu înseamnă că ei au lipsit, ci, mai mult chiar, trebue să avem mereu prezent faptul că modul de comportare al fiecărei specii, din acest punct de vedere, este foarte variabil, după cum mai este şi al aceleaşi specii la diverşi indivizi.

Acestui fapt i se datoreşte găsirea în mai mare sau mai mic număr a formelor apigmentate în organele interne. Cred că este necesar să atrag atenţia asupra acestui punct, pentru că am avut impresia că cercetătorii care s'au ocupat de această fază a evoluţiei paraziţilor malarici, conclud prea uşor pentru absenţa formelor apigmentate numai pentru că nu au reuşit să le găsească. Mult depinde reuşita în această chestiune de răbdarea aceluia ce caută şi de cantitatea materialului luat în cercetare. Ca termen de comparaţie, trebue luat totdeauna paraziţii din genul *Haemoproteus* care, după cum am mai spus, se reproduc exclusiv în celulele reticulo-endoteliului şi care sunt totdeauna de nereperat în frotiuri de organe.

Descoperirea fazei monogonice primare în evoluţia plasmodiilor, lămureşte multe puncte obscure din problema patogenezei malariei şi o aşează pe baze complectamente noui. Este de sperat că nouile cunoştinţe vor conduce problema profilaxiei şi terapeuticei pe calea soluţionării.

Indicaţiuni practice asupra modalităţii de a proceda la aspiraţia cavernelor tuberculoase ale plămânului*)

de Prof. VINCENZO MONALDI
Vice-Director

Am propus aspiraţia endocavitară pentru tratamentul cavernelor tuberculoase ale plămânului în 15 Iulie 1938, la o reuniune a Secţiei din Lazio a «Federaţiei Italiene Fasciste pentru lupta contra tuberculozei».

Procedeul a fost aplicat în scop terapeutic la 24 Iulie al aceluiaş an; în

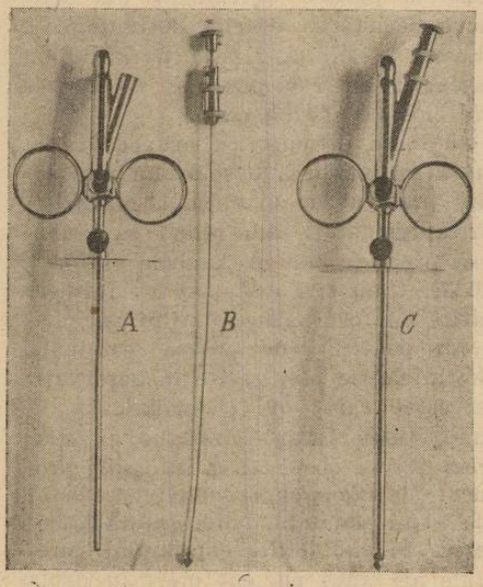


Fig. 1

Trocart-ul Bottari şi Babolini.
A. — Cămaşa
B. — Mandren
C. — Trocart-ul complect.

tot anul 1939, cazurile tratate, sub controlul vigilent al maestrului meu E. Moreli, se ridică la 205.

In prima perioadă, cu scopul de a ne orienta şi de a studia, au fost trataţi bolnavi cu o stare generală foarte proastă şi cei mai mulţi cu extinse procese bilaterale şi cu localizări la alte organe. După acea, pentru adevăratele aplicaţii practice, au fost preferaţi bolnavii la cari procesul cavitar, indiferent de data apariţiei sau extinderii sale, constituia fenomenul fundamental al maladiei.

Făcând abstracţie de bazele doctrinare, pentru cunoaşterea cărora vă îndrumăm la lucrările noastre precedente, pare posibil, pe baza înşirării observaţiilor făcute, să precizăm într'un fel forma actuală a acestui procedeu.

El este în mod esenţial constituit din introducerea transparietală, în interiorul cavernei, a unei mici sonde ce se racordează la un sistem aspirant.

Technica introducerii sondei în cavernă a fost sistematizată de *Bottari* şi *Babolini*, prin construirea unui trocart special. Acesta constă dintr'o cămaşe metalică şi dintr'un mandren subţire de oţel. Cămaşa are forma unui Y, printr'o ramură trece mandrenul, la cea de a doua se recordează în momentul punctiunei un manometru şi, prin ea, după penetraţia trocart-ului în cavernă, este trecută sonda de gumă. Cămaşa, la extremitatea opusă, pe lângă că prezintă gaura prin care trece capul mandrenului, care este în formă de prismă triangulară, are o mică deschidere laterală, care, din cauza poziţiei sale, cu greu se astupă şi permite astfel transmiterea la manometru a tensiunilor endocavitare, când trocart-ul a pătruns în cavernă.

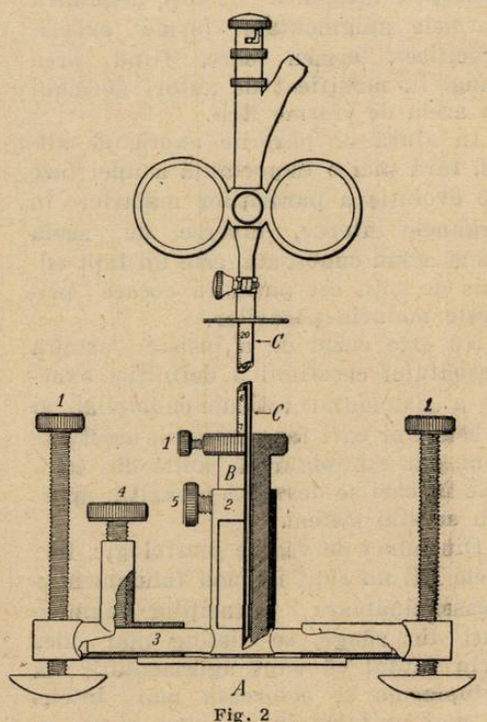


Fig. 2

Aparatul lui Morelli pentru conducerea trocart-ului

A. — Bază 1) şuruburi pentru adaptarea aparatului pe torace.

2) înveliş inclinabil la 120° pentru conducerea trocart-ului.

3) Axa ce se poate rota, de care este fixat învelişul.

4) Şurub pentru fixarea axului ce se poate rota.

5) Şurub de presiune pentru fixarea conducătorului trocart-ului în înveliş.

B. — Conducătorul trocart-ului. 1) Şurub de presiune pentru fixarea conducătorului acului pentru punctia exploratîvă.

*) *Institutul Carlo-Forlanini, Clinica Phtiziologică a Universităţii Regale din Roma, Director Prof. E Moreli*

Spasmoliticul şi analgezicul nou

DOLANTIN

Clorhydrat de 1-methyl-4-fenilpiperidin-4-esteretilic al acidului carbonic

întruneşte proprietăţi antispasmodice excelente cu o puternică componentă analgezică asemănătoare morfinei, având toleranţă perfectă

Dolantin înlocueşte în măsură largă atropina şi opiaceele

Dolantin nu posedă efect narcotic

Dolantin se poata utiliza per os şi parenteral

Dolantin este indicat în spasmele musculaturii netede în colici şi în diferite algii, chiar forme grave

Comprimate: Tub cu 10 şi 20 comprimate de 0,025 gr.
Soluţie: Cutie cu 5 fiole de 2 cmc.

Supozitoare: Cutie cu 5 bucăţi

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN

Reprezentanţa pentru România: **ROMIGEFA S. A. R.** Bucureşti, Str. Brezoianu, 53

LITERATURĂ

DOLANTIN

M. M. W. 1939, nr. 28, pag. 1079

La majoritatea din 500 bolnavi cu hernie, apendicită, cancer al stomacului şi al intestinului, operaţii plastice ale articulaţiilor şi colici în calculoza renală şi gangrena lui Raynaud, Dolantin s'a dovedit a fi un locţiitor al opiaceelor întrebuinţate. 100 mgr. Dolantin pe cale intramusculară a produs ameliorarea durerilor după aproximativ 8—10 minute. Durata analgeziei a fost de 5—6 ore, câte odată şi mai mare.

Med. Klinik 1939, nr. 38, pag. 1260

Dolantin a fost prescris la 70 bolnavi cu dureri atroce, în care de altfel s'au făcut injecţiuni de morfină; şi câtorva pacienţi înainte de operaţie. Pe cale subcutanată sau intramusculară durerile au cedat de obiceiu după 10—15 minute, după circa 20—25 minute s'a obţinut complectă analgezie pentru 4—5 ore. Injecţia intravenoasă lentă, de exemplu în colica renale a suprimat durerile chiar în timpul injecţiunei. Şi la copii de 8 luni până la 15 ani, doze de 15—60 mgr. asigură un efect analgezic mulţumitor. Accidente n'au fost observate.

Deutsche med. Wsch. 1939, nr. 24, pag. 969

Spasmoliticul şi analgezicul Dolantin a fost administrat la 150 bolnavi, între ei 85 cu colică hepatică şi renală. Injecţia intramusculară dă rezultate în 10—15 minute, intravenos s'a obţinut analgezie chiar în timpul injecţiunei. In sciatică, în nevrita plexului brahial, în migrene şi cefalgii de origină hipertensivă Dolantin înlătură durerile, astfel mai ales la un bolnav de sciatică foarte refractar, căruia i s'a dat zilnic de 2 ori câte 2 cmc. şi la un bolnav de migrenă, căruia i s'a dat zilnic de 2 ori câte 2 tablete.

LITERATURĂ

BETAXIN

Fschr. Ther. 1936, nr. 10, pag. 633.

Cu Betaxin se poate trata chiar nevralgii şi nevrite grave în timp relativ scurt cu bune rezultate. Toleranţa preparatului a fost bună fără excepţie. Nu s'au observat reacţiuni şi injecţiile n'au dat accidente. Având în vedere că nevralgiile şi nevritele fac parte din afecţiunile foarte refractare, orice progres în posibilităţile de tratament este bine venit.

Ztschr. f. ärztl. Fortb. 1938, nr. 8, pag. 217.

Nevritele sarcinei se tratează cu Betaxin; tot astfel şi paresteziile, care se produc către sfârşitul sarcinei. Doza este de 20—30 mgr. în 8—10 zile.

Kinderärztl. Praxis 1937, nr. 9, pag. 375.

La 2 copii cu paralizie postdifterică a diafragmei, s'a văzut că 1 cmc. Betaxin i. m. dat circa 14 zile, are o acţiune evident binefăcătoare asupra paraliziei diafragmei.

Klin. Wschr. 1937, nr. 26, pag. 919.

Cu Betaxin în mieloza funiculară s'au obţinut atunci rezultatele cele mai bune când se institue tratamentul cât mai devreme, utilizând totodată doze masive (30—80 mgr.).

Therapie d. Gegenwart 1938, nr. 5, pag. 214.

In ulcer gastric sau duodenal s'a constatat dispariţia durerilor chiar după 5—6 injecţiuni de Betaxin. Regimul sever a putut fi uşurat.

In nevrite şi nevralgii

BETAXIN

Vitamina B_1 »Bayer«

Indicat în
nevritele sarcinei şi lehuziei, polinevrite nevrite alcoolice şi optice, nevralgii trigeminale şi intercostale, paralizii postdifterice, sciatică, flebalgii, gută, mieloză funiculară şi hipovitaminoză de origină dietetică

Betaxin: *Cutie cu 3 fiole de câte 1 cmc. = 2 mgr. vitamină B_1*
Betaxin „forte": *Cutie cu 3 fiole de câte 1 cmc. = 10 mgr. vitamină B_1*
Betaxin tablete: *Tub cu 20 tablete de câte 1 mgr. vitamină B_1*

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN

Reprezentanţa pentru România: **ROMIGEFA S. A. R.** Bucureşti, Str. Brezoianu, 53

Intervenţia presupune perfecta localizare a cavernei pe torace şi este util un examen stratografic preventiv, chiar cu scopul de a stabili poziţia exactă a plămânului. De curând, E. Morelli, cu scopul de a simplifica actul operator şi de a-l face mai uşor efectuabil în caverne de mici dimen-

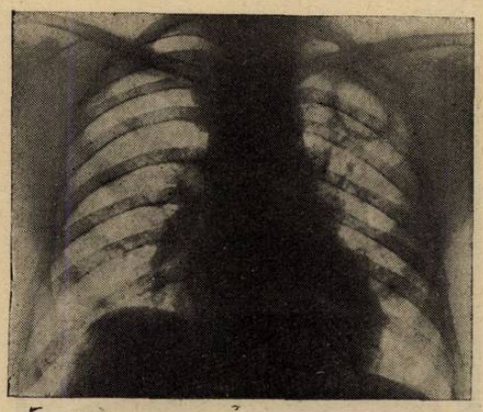


Fig. 3
R. Marsilio — Inainte de intervenţie.

siuni, a construit un aparat care serveşte drept conducător trocart-ului, aşa că odată stabilită poziţia exactă, nu mai este posibil să se devieze dela ea. Pe de altă parte, la acest aparat, este anexat un mic incizor de acelaş calibru şi de aceiaşi conformaţie cu trocart-ul; cu el este început traectul în grosimea peretelui toracic, astfel că introducerea succesivă a trocart-ului, se face în mod omogen, fără a fi nevoie de a învinge altă rezistenţă, decât acea constituită de conturul cavităţii care astfel constitue un punct de reper.

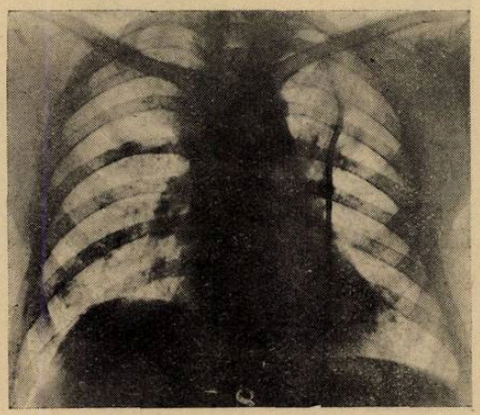


Fig. 4
R. Marsilio — după trei luni şi jumătate de tratament.

Executarea aspiraţiei constitue, în mod sigur, partea cea mai delicată a metodei.

Pentru executarea ei, nu este posibil încă de a da directive precise şi bine definite, pentru că, diverselor cazuri corespund maniere diferite. In ori şi ce caz, azi se poate spune că modalităţile de efectuare trebuesc să tindă la atingerea acelor scopuri ce rees din bazele doctrinare ale procedeului. Aceste scopuri se pot astfel preciza:

a) Obţinerea reexpansiunii parenchimului atelectazic pericavitar, pe cât posibil în manieră omogenă, destinderea ţesutului pulmonar circumstant, destindere destinată a astupa complect spaţiul cavitar, după reexpansiunea părţii atelectazice, trebue obţinută gradat, fără a provoca traumatisme.

b) Dacă împrejurul cavernei de tratat există teritorii infiltrate, aspiraţia trebue condusă astfel ca ea să favorizeze colectarea şi drenarea exudatului.

c) Procedeul trebue efectuat în manieră de a obţine stoarcerea completă a pereţilor, cu deplasarea tuturor materialelor patologice şi cu eliminarea conţinutului bacilar.

d) Repercursiunile aspiraţiei asupra sistemului micilor vase pulmonare, nu trebuesc să provoace dificultăţi funcţionării inimei drepte şi nu trebue întrecută puterea de rezistenţă a pereţilor vaselor.

e) Acolarea pereţilor trebue obţinută şi menţinută cu mijloace apte de a facilita evoluţia procesului de cicatrizare.

Pentru detaliile technice, a se cerceta lucrările noastre de specialitate; doresc a preciza aci două puncte, pe care le socotesc a avea o importanţă particulară.

Sistemul aspirant adoptat de noi este format din două sticle Mariotte, a doi litri fiecare, comunicând între ele printr'un tub de gumă, sticlele nefiind ridicate la acelaş nivel. Sticla superioară este racordată prin tuburi de gumă de sonda cufundată în cavernă; între aceasta şi sistemul celor două sticle, este interpusă o sticlă mai mică în care este drenată şi recoltată secreţia endocavitară.

Aspiraţia este făcută prin căderea de apă din sticla superioară în cea inferioară. Gradul de aspiraţie efectiv ce se face simţit în interiorul cavernei, este în raport cu diferenţa dintre cantitatea de aer ce în fiecare moment trece prin tub din cauza aspiraţiei determinată de sistem. Măsurarea depresiunii endocavitară se poate face înserând un manometru dealungul tubului de racordare dintre sondă şi sistemul aspirant.

Natural, gradul de aspiraţie, în acest mod, nu este mereu egal, ci suferă oscilaţii importante din cauza diversei cantităţi de apă ce se găseşte în diverşii timpi în cele două sticle; pe de altă parte, se întrerupe de fiecare dată, când este nevoie să schimbăm cele două sticle.

Este uşor de gândit că ar servi mai bine o pompă de apă, regulată după necesitate. Noi, totuşi, după observarea continuă a cazurilor, am ajuns la convingerea că, prin acest sistem inegal şi discontinuu realizat prin cele două sticle aşezate la nivele diferite, randamentul apare suficient în majoritatea cazurilor şi este mai uşor a

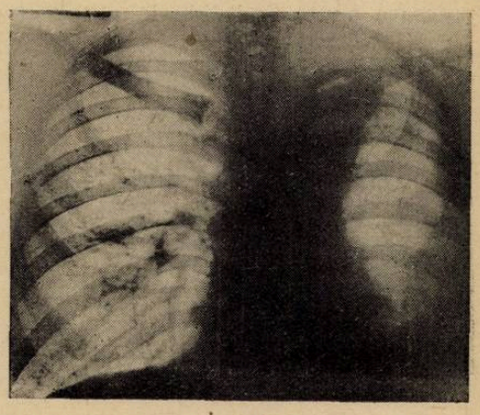


Fig. 5
R. Marsilio — Două luni dela părăsirea tratamentului

evita eventualele traumatisme. In aceiaş ordine de idei, adaugăm că procedeul aspirativ, trebue să fie periodic şi depresiunea efectivă endocavitară, foarte mică. In total, aspiraţia poate fi făcută în 6—12 ore din 24, cu perioade de 2—3 ore la intervale regulate, iar depresiunea trebue să fie de circa 10—30 cm. apă, cu variaţii diferite după situaţia fiecărui caz în parte şi după diversele momente ale tratamentului.

Un alt punct de particulară importanţă în aplicarea metodei, este con-

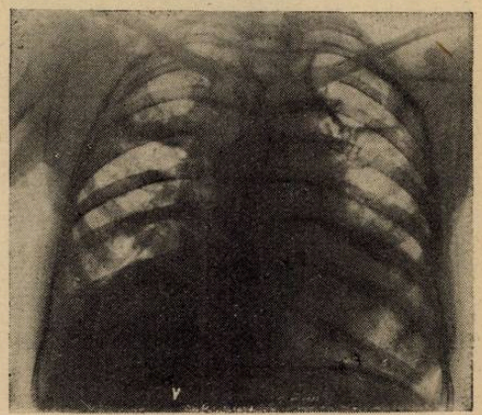


Fig. 6
B. Ferruccio, înainte de tratament.

stituit de posibilităţile de a o abandona. Asupra acestui argument, se culeg observaţii detaliate, cari vor fi obiectul unei comunicări speciale. Aci este suficient să amintim că închiderea cavernei prin acolarea pereţilor, chiar completamente storşi, nu reprezintă decât prima etapă a procedeului; este necesar, apoi, de a creea condiţii cari să permită desvol-

tarea procesului de cicatrizare. Acest lucru poate să se întâmple dacă acolarea rămâne intimă pentru o suficientă bucată de vreme şi dacă bronhiul de drenaj reuşeşte, nu interesează prin ce modalitate, să se închidă definitiv.

Obţinerea acestor condiţii, pare a se putea face, în cea mai mare parte din cazuri, dar modalităţile technice necesare sunt individuale şi pot fi

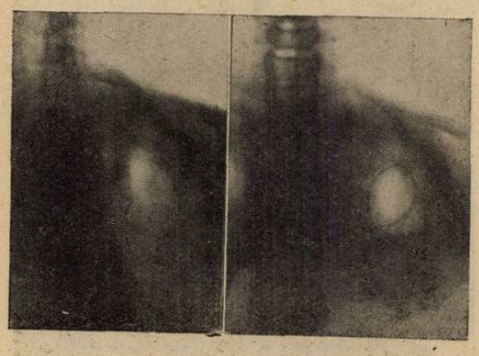


Fig. 7
B. Ferruccio. Inainte de tratament. Caverna situată la 11 -13 cm. distanţă de peretele exterior.

deduse din atenta observare a cursului procesului şi din învăţămintele trase din practică.

Cu toate grijile depuse, se poate întâmpla ca o cavernă considerată ca închisă, să se redeschidă după puţină vreme dela părăsirea ei. In acest caz, dacă traectul parietopulmonar nu este încă complect închis, se poate introduce din nou sonda, servindu-ne de aparatul special anexat instrumentariului lui *Bottari*

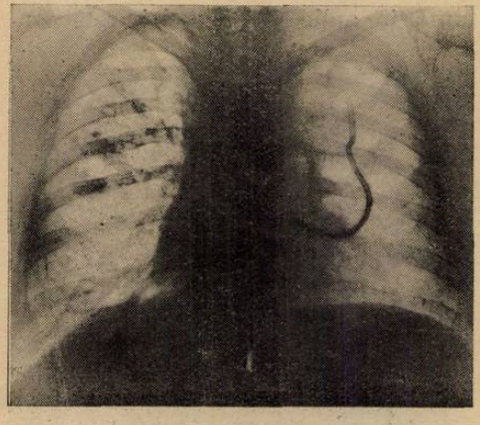


Fig. 8
B Ferruccio. După 33 zile de tratament.

şi *Babolini*. Dacă traectul este închis, este mai bine să aşteptăm mărirea cavernei şi deci să repetăm procedeul.

Mai este indicat să ţinem seama, în practică, de faptul că este frecvent ca micile resturi cavitare, produse din întâmplătoarea eşire a sondei, sau de abandonarea precoce, să se regrupeze spontan.

Pericolul inerent al intervenţiei, technica întrebuinţată fiind totuşi corectă, este ca şi inexistent. Pe un material de peste 200 de cazuri, la început s'a înregistrat un caz de deces provocat de embolie în momentul punctiei, iar, mai de curând, un deces precedat de sindromul convulsiv de tipul instalat în urma manevrării sondei.

De altfel, este posibil să avem un excret amestecat cu sânge; hemoragiile, care în cazurile noastre au fost fără consecinţe şi nu au împiedicat punerea în aplicaţie a procedeului, sunt excepţionale. La sfârşitul tratamentului nu persistă fistule toracice, închiderea traectului făcându-se, de obiceiu, repede. Este un lucru foarte rar, ca prin infectare secundară, să fie nevoie de un tratament special al său. Chiar în cazurile în care trebue să se abandoneze procedeul, din cauza ineficacităţii sale, se poate obţine închiderea traectului, mai ales dacă s'a avut grije a se efectua punctia pe deasupra nivelului inferior al cavernei.

In unele cazuri de leziuni în plină activitate se poate nota imediat după intervenţie, o recrudescenţă a fenomenelor exudative în teritoriile circumstante cavernei. Este vorba, de obiceiu, de un lucru trecător, care însă, impune o purtare mai atentă şi o aspiraţie fragmentată şi mai puţin intensă.

Efectele procedeului aspirativ, în cazurile cu evoluţie bună, se manifestă chiar dintru început cu o rapidă reducere a expectoraţiei şi a tusei, cu o normalizare a temperaturei, dacă înainte era febrilă, cu o îmbunătăţire a diverselor funcţii organice, cu o desintoxicare şi cu o rapidă urcare a greutăţii corporale.

Secreţia endocavitară, la început, are un caracter purulent, amestecată fiind cu lambouri necrotice şi grăunţe caseoase, devine gradat mai fluidă, pentru a deveni la sfârşit seroasă şi serosanguinolentă. Conţinutul bacilar, la început foarte abundent, se reduce în mod gradat până la complecta dispariţie.

In acelaş timp, caverna se micşorează ca volum, în mod progresiv, uneori concentric, până a se reduce la un mic spaţiu sferoid în jurul extremităţii sondei, alteori în mod diferit, până a se reduce la un mic volum oblung, care dispare, la completa acolare a pereţilor.

La abandonarea procedeului, dacă ţesutul circumstant era în bune condiţii şi nu preexistau urme de precedente intervenţii, întreaga parte mai înainte ocupată de cavernă, capătă o astfel de luminozitate, încât nu este, uneori, de recunoscut localizarea precedentei leziuni cavitare. In alte cazuri, se observă o transparenţă şi în teritoriile vecine sau îndepărtate, care, înainte erau invadate de procese circumscrise cu caracter exudativ.

* * *

R. Marsilio de 53 ani.

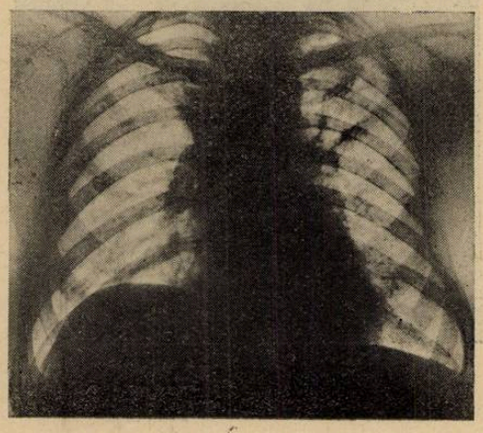


Fig. 9
B. Ferruccio. 50 de zile dela abandonarea tratamentului

Primele semne clinice ale maladiei pulmonare se fac remarcate în August 1936. In Octombrie al aceluiaş an, începe pnt. D. şi în Noembrie pnt. S. acesta din urmă este abandonat în Iulie 1938, ca neeficace. Intră în institut la 4 Aprilie 1939, prezentând:

La dreapta pnt. în părăsire, scopul clinic fiind atins, şi la stânga cavevr-

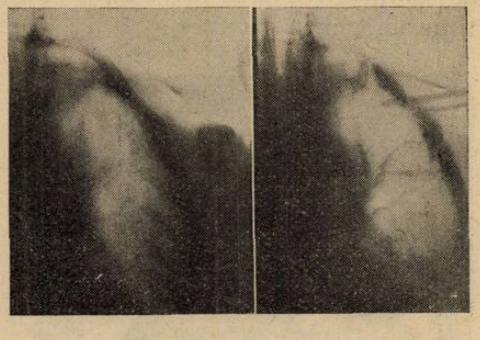


Fig. 10
B. Ferruccio Aceleaşi straturi ca în figura 7. 20 de zile dela părăsirea tratamentului.

nă de 3—4 cm. subclaviculară, (figura Nr. 3).

La 12 Mai 1939, se pune în aplicaţie aspiraţia endocavitară. Cursul este normal. In prima decadă a lunei Decembrie, caverna este redusă la o mică massă opacă împrejurul extremităţii tubului (figura Nr. 4). Expectoraţia şi lichidul endocavitar, au devenit Koch negative în prima jumătate a lunei Iunie. La 16 Noembrie examenele stratografice repetate fiind mereu negative, se suspendă tratamentul, lăsând sonda pe loc, în

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : 10 la 20 cc. pro die

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

Propagande medicale : „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3–4 cachete pe zi după mese.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na. 2,50%
Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.
Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale
„NIFAR" S. A. R. Bucureşti Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24 Tel. 3.11.42

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS
Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3–5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46

9 Decembrie, examenul stratograf fiind din nou negativ, se elimină sonda. Radiografia făcută după 40 de zile arată completă dispariţie a procesului cavitar. In timpul tratamentului pacientul a câştigat 5 kgr. Actualmente starea sa este optimă, expectoraţia a dispărut complect.

B. Ferruccio de 42 ani.

Primele semne clinice ale maladiei

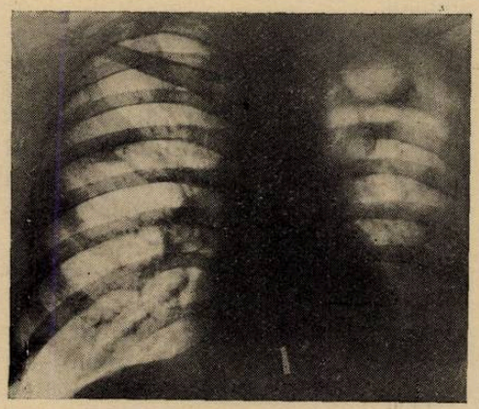


Fig. 11
D. O. Carlo. Inainte de tratament.

se fac simţite în 1936. Intră în institut în August 1939, prezentând voalarea întregului hemitorace stâng, cu aria cavitară subclaviculară de diametru 3½ x 4½ cm. (Figura 6 şi 7).

In 23 Septembrie 1939 se începe aspiraţie endocavitară. Decursul procesului este normal; rezultatele sunt extrem de rapide. Expectoraţia dispare după 10 zile; lichidul cavitar este Koch negativ şi examenul radiografic arată închiderea cavernei după numai o lună (figura Nr. 8).

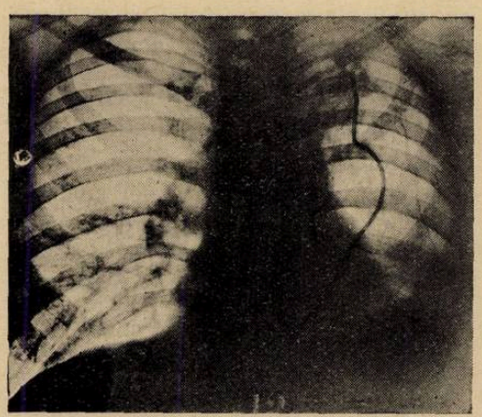


Fig. 2
D. O. Carlo. După 5 luni de tratament.

După ce se fac obişnuitele cercetări asigurătoare procedeul este părăsit la 1 Decembrie, după mai puţin de 2 luni dela aplicarea lui. Pacientul rămâne totuşi sub control. Examenele clinice, radiografice şi stratigrafice repetate după 50 de zile arată persistenţa vindecării (figura Nr. 9 şi 10). Bolnavul a câştigat dela începutul tratamentului 13 kgr., iar starea generală este optimă, tusea şi expectoraţia au dispărut.

B. Ferruccio. Aceleaşi straturi ca în figura 7. 20 de zile dela părăsirea tratamentului.

D. O. Carlo, de 30 de ani.

Primele semne clinice ale boalei, apar în Iunie 1935. In Iulie 1938 i se aplică pneumotorax la plămânul stâng, care fiind însă, din punct de vedere clinic ineficient, şi complicându-se cu o revărsare pleurică, este abandonat după o lună. Intră în institut la 31 Martie 1939, prezentând la stânga, în sediul retroclavicular, o arie cavitară de un diametru de 4½ x 3 cm. şi o altă cavernă mai mică dedesubt (figura Nr. 11).

La 21.VI.1939 se aplică aspiraţia endocavitară. Decursul este complect normal; în prima decadă a lui Iulie mai există un rezidiu cavitar Koch negativ. In prima decadă a lui Noembrie, după repetate asigurări radiografice şi stratigrafice, se începe părăsirea; sonda extrasă definitiv la 1 Decembrie 1939.

Examenele clinice şi radiografice repetate după 50 de zile arată persistenţa vindecării.

In timpul tratamentului, bolnavul a câştigat 9 kgr., starea sa actuală este optimă.

Cele trei cazuri relatate, dau o idee generală despre decursul procedeului, care este individual, putându-se totuşi prelungi uneori dealungul mai multor luni.

Insăşi cazurile, luate dintre multele pe care azi le posedăm, arată în mod sigur cum cu ajutorul aspiraţiei endocavitare, se poate cu adevărat ajunge la închiderea cavernei şi, în anumite cazuri, la vindecare. Rămâne deschisă problema dacă avantagiile vor fi durabile. In acest sens mă limitez a spune că suntem în posesiunea de cazuri abandonate, unele de multe luni şi altele de mai bine de un an, în care persistă starea de perfectă sănătate şi absenţa leziunilor cavitare, arătată de examene statigrafice seriate.

De altfel, în unele cazuri, în care bolnavii au murit din cauze independente de caverna tratată, şi în care procedeul era aplicat de o bucată de vreme, cercetările anatomo-patologice, au demonstrat o efectivă reducere a cavernei, şi într'un caz, totala ei dispariţie, acolarea complectă a pereţilor cavităţii şi o abundentă desvoltare de ţesut conjonctival tânăr.

Figurile 14, 15, 16 sunt ale unui bolnav tratat bilateral de două caverne ale lobilor superiori şi a cărui moarte a survenit după circa 6 luni de tratament, moarte cauzată de o bronchopneumonie nespecifică. Autopsia a arătat completa dispariţie a cavernei din stânga şi reducerea până la un mic rest a celei din dreapta.

Pentru câmpul de aplicaţie al metodei, cu toate numeroasele observaţii culese, nu ne simţim în stare de

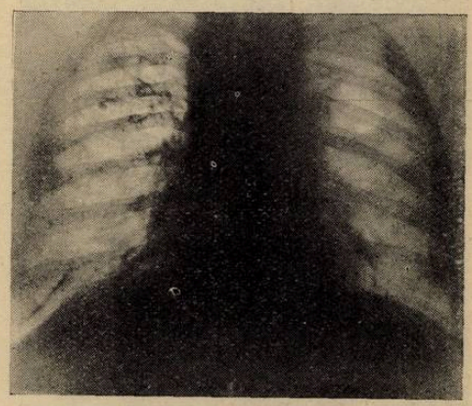


Fig. 13
D. O. Carlo. După 2½ luni după părăsirea tratamentului

a defini directivele şi deci ne limităm a da unele indicaţii.

Este presupusă absolut necesară pentru executarea intervenţiei, existenţa unei sinteze pleurale. Din punct de vedere technic sunt mult mai uşor de ajuns cavernele mari şi superficiale; adoptând aparatul recent construit de *Morelli* şi completat de instrumentul lui *Bottari* şi *Babolini*, se pare că pot fi atinse, fără mari greutăţi, şi cavernele mici, chiar dacă sunt plasate în plin parenchin.

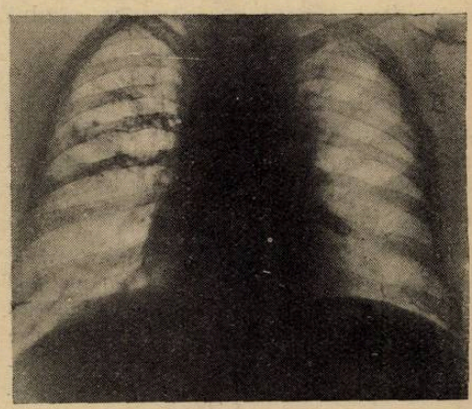


Fig. 14
G. Cecilia. Inainte de tratament.

Rezultatele cele mai satisfăcătoare le avem în cazurile de caverne izolate, cu parenchim circumstant suficient pentru a umple spaţiul cavitar. Vârsta cavarnei nu pare a constitui un obstacol în închiderea sa; între cazurile tratate cu succes, există unele în cari cavernele fuseseră constatate de mai mult chiar de 10 ani în urmă.

Procesele patologice secundare, lo-

calizate în regiunea cavernei, pot să se îndrepte chiar până la totala lor regresiune.

După sfatul lui F. Morelli, este în studiu aplicaţia metodei acesteia în cazuri mai grave şi chiar în caverne

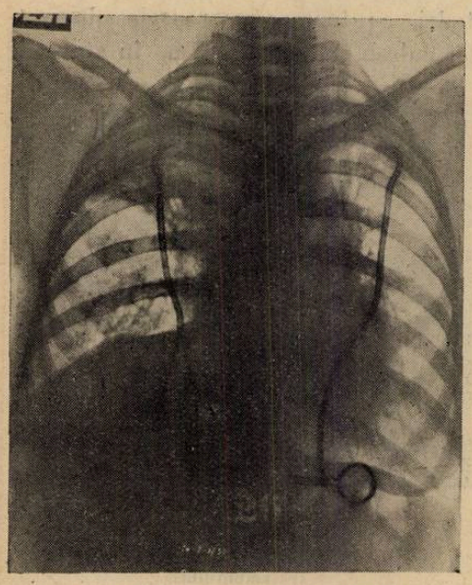


Fig. 15

G. Cecilia. După 6 luni de tratament, 10 zile înainte de moartea cauzată de o bronchopneumonie intercurentă.

gigante, cu intenţia de a observa dacă se obţin cu ajutorul aspiraţiei, bune rezultate simptomatice sau parţiale, putând apoi să se execute intervenţii chirurgicale, care altminterea nu s'ar putea executa.

In sinteză, ne pare azi a putea reţine că rezultatele obţinute, confirmă teoria asupra căreia s'a bazat aplicarea metodei şi ne lasă speranţe că procedeul poate să intre în rândul mijloacelor terapeutice [1]).

[1]) Relativ la aspiraţia endocavitară, unii au amintit o tentativă a lui Fleosser făcută între 1936—1937. In adevăr, autorul american, studiind tratamentul cavernelor blocate (bronchiul de drenaj închis), între alte intervenţii chirurgicale experimentate, se pare că în 3 cazuri, a încercat şi aspiraţia. Constatând însă că prin acest mijloc, bronchiul de drenaj se redeschidea şi luau naştere complicaţii, deduse că încercarea era inutilă o părăsi şi o condamnă. Bazele teoretice puse de mine sunt complect diferite. Ele au fost elaborate în Institutul Carlo Forlanini şi se încadrează în directivele date de Maestrul meu E. Morelli, pentru studiul traumatismului respiratoriu şi patogeneza tuberculozei pulmonare.

Relativ la prioritatea metodei, F. Morelli scrie astfel :

«Floesser are atâtea merite ştiinţifice, «încât nu are nevoie să i se atribue ceeace «el nu cere şi ceeace el însuşi a înmormân«tat cu concluzia : «Suction drainage, di«sappointing».

ŞTIINŢA ORTOGENEZEI

de Prof. NICOLA PENDE

Ştiinţa ortogenezei este disciplina care tinde a forma oameni sănătoşi şi armonici, aşa cum îi vrea Regimul Nostru.

Se poate spune că, până eri, educaţia şcolară nu a reuşit să formeze decât oameni, parţiali şi nearmonici sau pseudogenii, unilaterali şi incompleţi. Această nearmonie, pentru noi, urmaşi ai felului de a vedea italic, care este armonic şi poliedric, este absolut condamnabilă. Călăuza precisă şi sigură în formarea acelui om total pe care «Charta Scoalei» vrea s'o sancţioneze şi s'o afirme, trebue să fie ortogeneza.

Şi să-mi fie permis a afirma că, mulţumită Domnului, această ştiinţă s'a născut în Italia şi a fost luată ca model şi de multe alte naţiuni străine.

Principii esenţiale ale ştiinţei ortogenezei.

Dacă aşi întreba 100 de mame: «Vă cunoaşteţi voi fiii voştri ?» Ele vor răspunde, în majoritatea cazurilor, da şi eu totuşi aşi avea curajul să le spun nu. Educatorilor li s'ar putea pune aceiaş întrebare în ceeace priveşte pe elevii lor şi ei poate că, în mare parte ar răspunde că nu-i cunosc. Acelaş lucru s'ar putea întreba diriginţi, şefi de instituţii, de societăţi şi de fabrici în ceeace priveşte cunoaşterea propriilor funcţionari şi muncitori. Tuturor acelora care sunt formatori şi formatoare de oameni se impune necesitatea de a cunoaşte personalitatea indivizilor încredinţaţi lor sau comandaţi de ei.

Incepând cu grupul mamelor, eu susţin că mamei îi incumbă datoria de a supraveghia cu inima şi cu mintea, în intimă colaborare, desvoltarea fizică, morală şi intelectuală a copiilor săi. Este inima de mamă care vorbeşte când spune DA, că îşi cunoaşte copilul, dar poate că ele cunosc numai inima copilului căci ea bate în unison cu a lor, dar nu tot aşa de bine cunosc ele şi corpul şi inteligenţa lor. Acest merit şi această posibilitate le pot avea numai mamele care au o cultură suficientă în direcţia ştiinţei ortogenezei.

Această ştiinţă este deci aceea care permite cunoaşterea *personalităţii complete, adică omul total* sau, aşa cum îl numesc eu, *Biotipul* cuvânt ce vrea să exprime totalitatea manifestaţiilor cu care se prezintă studiilor noastre, individul. Fiecare subiect se prezintă nouă ca un tip special, cu anumită înfăţişare, cu un dinamism propriu, cu un caracter moral al său format din afecţiuni şi dorinţi; toate aceste aspecte sunt necesare pentru a cunoaşte şi a îmbunătăţi şi a face mai productivă personalitatea individuală.

Până azi noi nu posedăm decât studii parţiale şi unilaterale care nu lămuresc decât unul sau două aspecte din cele patru aspecte ale personalităţii umane. Cu ajutorul ortogenezei aceste patru aspecte, ca tot atâtea feţe ale unei piramide quadrunculare, unite una cu cealaltă în mod indisolubil, permit evaluarea completă a personalităţii.

Ortogeneza este deci ştiinţa care tinde la normalizarea personalităţii complete a copilului: morfologică, funcţională, morală şi intelectuală, toate aceste aspecte fiind ale aceleiaşi unităţi vitale, ale corpului şi ale inimei ,aspecte care sunt concepute, studiate şi corectate cu o metodă unitară, fără a fi posibil de a despărţi un aspect de celălalt.

Aceasta este noua mare concepţie biotipică: noi suntem făcuţi din corp şi suflet, nu ca şi cum ar fi două esenţe diverse care acţionează în mod paralel independent, ci care acţionează ca o singură entitate; aceasta este concepţia tomistică care descinde din filosofia sfinţilor Toma şi Augustin.

Este o eroare de a continua a crede că se poate educa izolat şi exclusiv numai caracterul sau numai inteligenţa sau numai corpul; noi, făcând astfel, separăm în mod artificial şi forţat ceeace natura a unit în mod indisolubil, sufletul de corp; aceasta trebue să fie baza medicinei moderne ca şi baza adevăratei morale religioase şi vai de părintele, de medicul sau de educatorul care uită acest substanţial adevăr.

Tocmai din cauza acestei realităţi biologice mamele greşesc atunci când cred a putea educa pe fiii lor numai prin sentiment. Mama trebue să posede acel strict necesar de cunoştinţe ştiinţifice, care sunt obiective, şi pe baza logicei şi nu a sentimentalismului să-şi educe şi să-şi crească bine copiii săi. Pasiunea este aspectul morbid al sentimentului.

Aceeaşi culpă se poate imputa şi educatorilor: este mai mult decât suficient se spune, că ei ştiu a desvolta intelectul, pe când de fapt desvoltarea intelectului, aşa cum îl înţeleg ei,

MEDICAŢIUNE
echilibrantă şi sedativă
a sistemului neuro-vegetativ

PASSICALMINE

calmant – hipnotic

STARI NERVOASE — INSOMNII — PALPITAŢII
EMOTIVITATE — NEURASTENIE — FOBII
TURBURARI MENSTRUALE NERVOASE
DESECHILIBRU NEURO-VEGETATIV

Calmant — Câte 1-2 linguriţe de cafea de 2 ori pe zi înaintea meselor.

Hipnotic — 2-3 linguriţe la culcare

NOUL TRATAMENT AL
AFECŢIUNILOR CUTANATE

DERMOPHYL

— pomadă —

COPII — In iritaţiunile pielei la nouii născuţi acţiunea calmantă a DERMOPHYL-ului este instantanee.

Formula DERMOPHYL-ului cuprinde ca principii active
— **ichtiol alb, oleum jecoris, acid benzoic**
Keraloplastice, rezolutive, pătrunzătoare.
— **balsam peruvian, apă de calciu, oxid de zinc şi talc veneţian**
calmante, antipruriginoase şi protectoare
Se aplică pomada pe leziune sau pe locul iritat şi se bandajează.

UN NOU ANTISEPTIC
organo - clorat

Succedaneu extemporan
al licoarei CARREL-DAKIN

DAKYNOL

— comprimate —

germicid puternic
citofilactic
DESODORIZANT
INCOMPARABIL
inofensiv pentru ţesuturi

CHIRURGIE { plăgi gangrene, antrax, flegmoane, arsuri grave.
GINECOLOGIE şi OBSTETRICĂ { inflamaţiuni vaginale, vaginite, metrite, leucoree, infecţiune puerperală, cancer uterin, fibrom ulcerat.
GENITO-URINARE — supuraţiuni, abcese urinare, gangrenoase.
BOLI CONTAGIOASE — scarlatină, difterie, rugeolă, gripă, etc.

Reprezentanţa exclusivă; „SPEPHAR" laborator de produse farmaceutice
MARCEL HOTT — 2 bis, Str. Prof. I. Bogdan — Bucureşti III — Telefon 2.11.78

Protecția gestației

în avort iminent și habitual sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, hemoragii (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

nu este decât o îndopare a creerului cu noţiuni abstracte ale unor materii superflue după un program ruginit; astfel făcând creerul se mobilează adesea cu mobile de lux, dar, după cum spunea Ducele într'unul din discursurile sale memorabile, cu mobile complect inutile pentru viaţa practică.

Creerul nostru nu trebue să fie îndopat cu material neproductiv, căci rezervele inutile nu fructifică niciodată.

Azi este foarte rar, mai mult ca în secolul trecut, care, din acest punct de vedere era mai echilibrat, să găseşti un educator care să se ocupe de corpul şcolarului ca şi de caracterul său moral. In acest mod se fabrică elemente desechilibrate şi disarmonice, capete de giganţi cu muşchiulatura slabă sau muşchi tari dar inteligenţă infantilă, sau deficientă, sau de brută.

Iată astfel expus primul titlu informator al ştiinţei ortogenezei: *principiul unităţii sufletului şi corpului.*

Al doilea principiu este acela al *armoniei formative.*

Noi Italienii, putem să ne mândrim de a fi unul din popoarele de pe pământ, pe care natura ne-a aşezat în mijlocul Europei şi în clima cea mai temperată pentru a ne da privilegiul de a fi unul din popoarele cele mai echilibrate şi mai bine făcute după pământ; într'adevăr ştim, şi acest fapt este extrem de semnificativ, că legile frumuseţii elenice erau de origină mediteraniană.

Armonia este la baza tuturor manifestaţiilor corpului şi sufletului. Acest principiu al armoniei este caracteristic italian, pentru că derivă din şcoala pitagorică dela Crotone, dela italianul Acmeon, şi din principiul crotonal al armoniei contrastelor.

Ce vrea să spună expresia *armonia contrastelor?*

Vrea să spună că totul ce este echilibrat în lumea gândului şi a acţiunii derivă din armonizarea a două forţe contrarii. Pot să aduc şi unele exemple. Dece inima bate în ritm perfect cu circa 76 pulsaţii pe minut? Pentru că asupra sa acţionează un nerv care imprimă o acceleraţie (simpaticul) şi unul care o înfrânează (vagul); din armonia funcţională a două forţe nervoase rezultă faptul că inima bate cu un ritm echilibrat. Un alt exemplu îl putem găsi în domeniul metabolismului, echilibrul funcţional al metabolismului fiind dat de armonia dintre funcţiile de asimilare care duc la consumul energiei.

Concepţia despre armonie rezultă deci din acest echilibru de forţe contrarii. Noi constatăm echilibrul şi în desvoltarea individului. In timpul creşterii acţionează forţe care tind să alungească şi altele să lăţească individul; din armonia acestor forţe antagoniste se naşte o bună proporţionare dintre greutate şi statură, dintre înălţimea şi lăţimea corpului.

Adevărul în această mare afirmaţie apare evident dacă studiem anomaliile personalităţii umane. In această direcţie eu am citat «falsa robusteţe» tocmai pentru că adevărata robusteţe există numai atunci când măsura şi proporţia nu este călcată.

Oricare exces al unui ţesut, al unui organ, a unei părţi a corpului nostru, aduce pe de altă parte un defect şi atunci nu se mai poate avea o robusteţe armonică, adică adevărată.

Dar ceeace noi susţinem despre cele din domeniul fizic se poate susţine şi pentru domeniul moral şi intelectual, deşi acest lucru este mai greu de înţeles.

Există o falsă bunătate în care este exagerată o virtute adesea în dauna alteia. Există o falsă inteligenţă. Inteligenţele adevărate şi armonice sunt acelea complete, acelea în care există armonia perfectă între cei trei ochi ai inteligenţei: logica practică, logica abstractă şi fantezia.

Este suficient a arunca o privire asupra vieţii marilor oameni pentru a vedea că au existat adesea genii nearmonice din punct de vedere intelectual şi moral şi deaceea foarte adeea ori ei au fost nefericiţi şi chiar mai rău, nebuni.

Adesea oamenii de geniu sunt visători, pentru că în ei predomină fantezia asupra sentimentului, sau sunt creere abstracte, sau nişte materialişti şi realişti exageraţi (financiari, oameni de afaceri, politicieni) cu inima atrofică şi adesea anormală.

Iată deci, cum ştiinţa ortogenezei inspirată din principiul robusteţei armonice tinde a face oamenii echilibraţi sufleteşte şi fiziceşte şi deci productivi la maximum şi sănătoşi. Dar, ceeace este de cea mai mare importanţă, este faptul că însăşi ortogeneza astfel înţeleasă, tinde de a-i face fericiţi.

După mine, există 5 izvoare biologice ale fericirii umane care toate au baza lor organică în biotipul individual.

Ele sunt:

1. *Fericirea nutriţiei*, care este a stomacului.
2. *Fericirea muşchilor*, dată de plăcerea mişcării şi exerciţiilor fizice.
3. *Fericirea sexuală.*
4. *Fericirea inimei* sau a vieţii sentimentale.
5. *Fericirea intelectului* sau a creaţiei gândului.

Sunt oameni care se consideră completamente fericiţi, pentru că ştiu a se bucura de unul din aceste izvoare de fericire. Dar fericirea adevărată este durabilă şi ideală, dar rar realizabilă, şi constă în a putea gusta din toate cele 5 izvoare. Dacă unul din ele seacă, fericirea este alterată şi incompletă.

Iată deci cum, pe baza principiului unităţii indisolubile a sufletului şi a corpului şi a armoniei biotipologice, ortogeneza tinde a da omului perfecta sănătate.

Biotipologia umană, la care tinde ortogeneza, este aceea care permite a cunoaşte personalitatea individuală pe baza principiilor enunţate mai sus. Dar pentru a cunoaşte această personalitate, este necesar a cunoaşte toate părţile esenţiale ale construcţiei umane.

Noi putem avea o idee exactă a acestui studiu dacă facem o paralelă între un individ şi un motor de automobil; analizând pe unul şi pe altul găsim un paralelism perfect.

Primul lucru de cercetat este planul originar de construcţie al motorului care la om constă în analiza completă a eredităţii, studiul patrimoniului ereditar dela originea cea mai îndepărtată prin examenul strămoşilor până la concepţia noului individ în sânul mamei.

Dar, la motorul de automobil, după ce am cunoscut planul său original de construcţie, trebue să cunoaştem şi felul în care lucrătorii au executat ceeace inginerii au conceput. In ceace priveşte organismul uman, aceşti lucrători sunt hormonii, acele importante substanţe care acţionează în mod regulator asupra individualităţii umane; iată dece este nevoie de a cunoaşte temperamentul glandular al individului.

Dar mai este încă o a treia problemă de cercetat care priveşte benzina pe care automobilul o consumă pentru a se putea mişca. Pentru om, benzina este reprezentată de sângele şi componenţii săi: substanţele nutritive, vitamine, substanţele minerale, hormoni, adică tot ceeace priveşte chimia vieţii.

In fine, după cum este necesar a cunoaşte pe acela care pune în mişcare şi conduce automobilul, tot aşa şi personalităţii individuale este necesar să-i cunoaştem forţele vitale care o conduc.

Această forţă, este sufletul, eul, eul voluntar şi conştient ca şi cel subconştient.

Marile principii curative, preventive şi normalizatoare pe care le întrebuinţează ortogeneza, sunt acelea care acţionează, regulează şi modifică

în evoluţia sa, maşina umană.

Ele sunt reprezentate prin clima şi agenţii nutritivi, soare, aer, apă, mişcare, de alimentare, de hormoni, de vitamine, în fine, de agenţii psihici. Şi aceştia din urmă au o mare importanţă pentru noi fiindcă cercul spiritual este capabil să modeleze forme şi funcţiuni ale corpului. Studii foarte moderne în această direcţie arată că agenţii psihici acţionează şi ei ca şi alimentarea şi agenţii nutritivi prin intermediul glandelor cu secreţie internă.

Astfel concepută ştiinţa ortogenezei, înţeleasă ca mijloc de îndreptare a individului pentru a-l aduce cât mai posibil aproape de perfecţie şi fericire, este poate ştiinţa, care mai mult ca oricare alta, tinde de a elibera omul de păcatul originar, de toate imperfecţiile fizice, morale şi intelectuale, care apasă pe sărmana omenire şi contra cărora religia şi ştiinţa, lucrând împreună, luptă pentru ca creatura să se facă cât mai demnă de creator.

METODA ITALIANA DE VACCINARE ANTIRABICA

METODA FERMI ŞI MODIFICARILE EI

de Prof. VITTORIO PUNTONI
Profesor de Microbiologie la Universitatea Regală din Roma
Director al Inst. Antirabic din Roma

Când Pasteur a început vaccinarea antirabică, el nutrea speranţa că ea va avea o eficacitate absolută. Totuşi, larga experienţă la care fu supusă metoda originală Pasteuriană, demonstră că într'o mică parte din cazuri, ea putea da greş. Intensificarea curei, efectuată cu excesivă îndrăsneală, în unele institute, nu numai că nu reuşi a ridica la 100% proporţia succeselor, ci putu chiar să provoace cazuri de turbare din cauza vaccinului.

In afară de aceasta, vaccinarea antirabică pasteuriană dădu loc, uneori, la fenomene infecţioase cauzate de microbii ce se găseau în mod accidental în materialul de vaccinare şi alte ori la fenomene nervoase grave, cunoscute sub numele de paralizie provocată de vaccin.

Mai sus enumeratele inconveniente, au împins o mulţime de cercetători a căuta o modificare a metodei pasteuriene, care să facă vaccinarea mai eficace şi lipsită de pericole. Apărură aşa numeroase metode derivate din Metoda Pasteur, metode care, deşi erau lăudate din toate punctele de vedere de fiecare Autor, nu aduceau, în cea mai mare parte din cazuri, avantajii substanţiale faţă de procedeul original şi nu reuşeau totuşi să capete o largă răspândire şi o aprobare universală.

Deosebit este cazul cu norocul descoperirii, şi ceeace urmă descoperirii, metodei vaccinării antirabice bazată pe atenuarea virusului cu acid fenic, procedeu care, fiind introdus de Fermi şi fiind mult studiat şi amplificat în Italia, merită într'adevăr numele de *metoda Italiană de vaccinare antirabică.*

Fermi, în 1906, observă că emulsionând virusul fix dintr'o soluţie de acid fenic 1%, se putea obţine un excelent material vaccinant faţă de turbarea experimentală.

După multe experienţe pe animale, Fermi trece la aplicaţia pe om în Institutul antirabic din Sassari, adoptând un vaccin constituit din 5 gr. de virus fix (substanţă nervoasă dela epure mort fiind virus fix), emulsionată în 100 cm. c. de soluţie fenicată 1%. El demonstră că această preparaţie îşi conservă acţiunea vaccinantă chiar timp de mai multe luni, dar, cu toate numeroasele sale experienţe, nu dădu precise puncte de reper în ceeace priveşte acţiunea biologică provocată de acidul fenic asupra virusului turbării.

In urmă, cu intenţia de a îmbunătăţi metoda sa, Fermi prepară pe cal, cu ajutorul inoculaţiilor de vaccin fenicat, serul antirabic şi adoptă pentru vaccinare, serovaccin constituit din 2 părţi vaccin amestecat cu o parte de ser.

După unele cercetări fragmentarii şi contradictorii, ale lui *Babeş, Krajuschkin, Cano, Repretto, Marie, Kierel, Sawtschenco* şi alţii acţiunea biologică a acidului fenic asupra virusului turbării, a fost precizată şi definitiv stabilită de lucrările lui Semple şi ale lui Puntoni.

Semple stabili concentraţia acidului fenic şi temperatura care poate ucide virusul fix (inactivare pe cale subdurală) şi demonstră eficacitatea vaccinantă a virusului ucis, propunând pentru vaccinarea antirabică, vaccinul fenicat cu virus ucis.

Fermi a contestat de curând această prioritate, atribuindu-şi introducerea vaccinului fenicat cu virus ucis. In realitate trebue totuşi să constatăm că Fermi a fost totdeauna nesigur în declaraţiile sale asupra acestei mteode şi că ajunsese până a nega uzul acestor vaccinuri, trebue admis faptul că el a întrebuinţat uneori aceste vaccinuri, fiindcă el a afirmat, înaintea lucrărilor lui Semple, că aceste vaccinuri se menţin eficace chiar câteva luni dela prepararea lor.

Puntoni stabili condiţiile exacte de atenuare a virusului fix fenicat, în raport cu concentraţia virusului, cu concentraţia acidului fenic, temperatura şi alte condiţii accesorii, demonstră progresiva atenuare pasteuriană prin uscare, observă că experimentalvaccinurile *nu sunt mai eficace* decât cele cu virusul fix, propuse o metodă de vaccinare cu o formulă analogă adoptată în vaccinarea pasteuriană.

In acest timp, vaccinurile fenicate se aplicau după 3 principale modalităţi :

1) Serovaccinul.

2) Vaccinul cu virus ucis.

3) Vaccinul cu virus viu şi cu virulenţă crescută.

Metoda a doua, este aceia care s'a bucurat de cele mai multe simpatii şi, dacă s'a răspândit mai mult decât celelalte acest fapt depinde, desigur, de marea sa simplicitate în preparare şi uşurinţa întrebuinţării sale.

Avantagiile metodei italiene.

Primul avantagiu care a pledat în favoarea metodei italiene, a fost acela al *inocuităţii.* Metodei Pasteur, la fel ca şi altor metode de vaccinare, îi erau reproşate trei feluri de pericole : posibilitatea producerei de turbare din cauza întrebuinţării neatente a vaccinului; infecţii determinate de prezenţa accidentală a germenilor patogeni în materialul de vaccinare şi paralizia cauzată de vaccin.

In ceeace priveşte primul pericol, este drept să recunoaştem că el s'a făcut simţit mai ales în primii ani ai introducerii vaccinării antirabice, probabil din cauza că virusul nu era complectamente adaptat la sistemul nervos central al epurelui şi că mai păstra o forţă reziduală de a ataca fibrele nervoase periferice; acest pericol a dispărut atunci când s'a întrebuinţat virus fix, care număra mii de treceri pe epuri. Totuşi este un motiv de liniştire a şti că acidul fenic 1% anulează complect virulenţa virusului fix pe cale cutanată, după cum a demonstrat perfect experienţele lui Fermi.

In ceeace priveşte al doilea punct, este cunoscut faptul că vaccinul Pasteur, şi alte vaccinuri, au putut produce accese, erizipel şi chiar infecţiuni generale cauzate de agenţi patogeni (colibacili, streptococi, stafilococi), trecuţi în circulaţie, în timpul perioadei agonice a epurilor întrebuinţaţi pentru prepararea vaccinului. Acidul fenic 1%, fiind un minunat desinfectant bactericid, distruge în

scurt timp aceşti microbi, aşa că materialul vaccinant, chiar după câteva ore numai dela preparaţie, se găseşte liberat de toţi agenţii patogeni.

In fine, în ceeace priveşte ultimul punct, statisticile au demonstrat că paralizia consecutivă vaccinării, cea mai gravă complicaţie a vaccinării antirabice, de când se produce cu oarecare frecvenţă în tratamentul cu alte metode, este excepţional de rară în metoda vaccinului fenicat, aşa că practic nu avem a ne preocupa de ea.

Al doilea avantagiu al vaccinurilor fenicate, *este mai marea lor eficacitate* în comparaţie cu cea mai mare parte din celelalte metode de vaccinare. Urmând proporţia propusă iniţial de Fermi, adică întrebuinţând emulsiuni de virus fix 5%, insuccesele cu metoda fenicată, se reduc la o proporţie minimală. Dacă statisticile anumitor institute sunt mai puţin încurajatoare, acest fapt este datorit întrebuinţării unor soluţii prea diluate, uneori numai 1% virus fix. Şi puterea rabicidă căpătată de serul persoanelor sau animalelor vaccinate cu vaccin fenicat, este mult mai mare decât a acelora care au fost vaccinaţi cu metoda Pasteur (Pontoni).

Al treilea avantagiu, de mai mică valoare ca precedentele dar totuşi de nelăsat la o parte, mai ales când trebuesc făcute numeroase vaccinări, este acela inerent *simplicităţii de preparare şi al economiei.* Intr'adevăr, este suficient a prepara o singură emulsie fenicată de virus fix în loc de a prepara 6 sau mai multe emulsii zilnice din măduvi, aşa cum era necesar după metoda Pasteur. Mai mult chiar, în loc de a întrebuinţa numai măduva, se poate întrebuinţa întreg sistemul nervos, triplându-se astfel materialul întrebuinţat.

In sfârşit, ultimul avantagiu este acela al *posibilităţii de conservare şi de expediţie a vaccinului,* pentru că acidul fenic face materialul inalterabil şi experienţa a arătat că eficacitatea se menţine mult timp chiar după inactivarea virusului, niciodată mai puţin de 6 luni. Această ultimă calitate are o importanţă foarte mare şi este acea care a permis descongestionarea serviciilor antirabice, instituindu-se tratamentele de dispensar.

Difuziunea vaccinurilor fenicate

In a 7-a revistă analitică asupra rezultatelor vaccinării antirabice, compilată de Mc. Kendrich şi publicată de Societatea Naţiunilor la 1935, rezultă că acuma vaccinurile fenicate, întrebuinţate cu diversele modificări mai sus citate, au luat-o înaintea tuturor celorlalte metode de vaccinare. Citâm după revista mai sus menţionată, vaccinurile fenicate ce sunt întrebuinţate:

In Italia la Institutele din Sassari, Roma, Milano, Ancona, Palermo, Torino;

In Europa la Cernăuţi, Lisabona, Lwow, Varşovia, Kosice, Praga, Istanbul;

In Asia la Bagdad, Bangkok, Bombay, Calcutta, Coonoor, Hong-Kong, Jerusalim, Kuala, Lumpur, Rangoon, Chug-Hai, Shillong, Ankara, Diharbekir, Sivas, Kasauli, Beyruth şi Colombo;

In Africa: la Brazzaville, Cairo Layos, Freetown;

In America de Sud şi Nord, la Toronto, Santiago de Chili, New-Orleans, New-York, Filadelfia, Santa Clara.

In precedentele reviste ale lui Mc. Kendrich sunt, în afară de cele mai sus citate, menţionate: Padova, Catanaia, Bratislava, Crakovia, Salonic, Mairobi, Mexico.

Aflăm, pe de altă parte că, au adoptat vaccinul fenicat: Leningradul şi alte oraşe ruse, Tirana, institutele Pasteur din Africa septentrională franceză, Asmara (Eritreea), afară de alte institute americane.

După cum se vede, metoda italiană, cu variantele sale în modalitatea de aplicare, a cucerit în marşul său triumfal mai mult de jumătate din Institutele antirabice din lume şi este probabil că în curând da deveni universală.

Descentralizarea curelor antirabice

Atât timp cât vaccinurile antirabice au fost preparate sub formă de emulsii în ser fiziologic (ca în metoda Pasteur, metoda diluărilor, metoda vaccinurilor încălzite, etc.) uşor infectabile cu microb banal chiar şi consecutiva alteraţie putredă, vaccinarea nu s'a putut practica decât la Institutele antirabice. Tentativele de expediere, spre exemplu sub forma preparatului glicerinat al lui Calmette, nu a avut niciodată credit şi nici nu s'a răspândit din cauza complicaţiei ei şi lipsei de practicitate.

Cu introducerea vaccinurilor fenicate, active lung timp şi făcute inalterabile din cauza puterii antimicrobiene a acidului fenic, a fost realizată posibilitatea expediţiei lor şi uzului lor în afara Institutelor antirabice.

Au fost unii care au propus ca vaccinurile fenicate să fie puse libere în comerţ şi de a face accesibilă vaccinarea antirabică oricărui medic. Dar vaccinarea aşa zisă la domiciliu nu este un sistem demn de a fi încurajat.

Vaccinarea antirabică este de fapt un procedeu destul de complicat şi cere noţiuni particulare medicilor ce o execută, în primul rând pentru a stabili dacă este necesar s'o facă şi apoi dacă este necesar s'o prelungească sau nu, s'o intensifice sau să nu o intensifice în raport cu gravitatea rănilor, momentul prezentării, topografia muşcăturii şi alte multe condiţii.

Relativa raritate cu care se prezintă la majoritatea medicilor cazuri de muşcături făcute de animale turbate, face ca aceştia să tindă a nu aprofunda cunoştinţele lor în această direcţie şi, când aceste cazuri li se prezintă, mulţi medici se găsesc, ca să spunem aşa, luaţi prin surprindere.

De altfel, într'un comerţ liber sunt puţine garanţiile de bună conservare a vaccinului şi de o regulată executare a curei, mai ales în localităţile în cari condiţiunile topografice fac aproape imposibil ca medicul să fie de 3 ori pe zi. timp de câteva săptămâni, la dispoziţie bolnavilor.

Este totuşi preferabil ca descongestionarea tratamentelor antirabice să fie astfel făcută ca vaccinările să fie încredinţate medicilor ce posedă o oarecare competenţă în materie.

Autorul acestor rânduri a fost primul care a studiat chestiunea în 1937 şi a ajuns la părerea că descongestionarea tratamentelor antirabice trebue făcută prin instituirea, ori unde s'ar simţi nevoia (capitale de provincie, comune, colonii), de centre de tratament antirabic numite *«Dispensare antirabice».* Dispensarele antirabice fondate din iniţiativa Institutului Antirabic dela Roma, şi autorizate de Direcţia Generală a Sănătăţii sunt simple ambulatorii, aprovizionate cu vaccin fenicat dela Institutul producător şi sunt conduse de un medic care face dovada că posedă noţiunile fundamentale în materie de vaccinare antirabică. Organizarea lor este aşa de simplă, încât pot fi făcute ori şi unde, fiind suficiente câteva camere şi o foarte modestă instalaţie.

Din 1923 până azi numărul dispensarelor create în Italia şi colonii de Institutul Antirabic din Roma, a mers crescând şi la sfârşitul anului 1939, erau în număr de 36.

Rezultatele cunoscute până azi sunt complect satisfăcătoare, dând o mortalitate totală, deci brută, de abia 0,16%, egală deci cu aceia înregistrată de Institutul Antirabic din Roma. Vaccinul fenicat întrebuinţat, din necesităţi technice, este acela cu virusul fix ucis.

Şi alte institute antirabice italiene au organizat pe cont propriu dispensare, putându-se afirma că în Italia sistemul dispensarului funcţionează regulat alături de Institutele fabricante de vaccin fenicat.

Decongestionarea vaccinărilor prin organizaţii ce pot fi asemănate dispensarelor lui Puntoni, s'a răspândit foarte repede în multe alte ţări şi se găsesc în Portugalia la Lisabona, în Polonia la Varşovia şi Lwow, în Ru-

sia la Institutul din Leningrad, în Indiile engleze pe lângă institutele din Coonoor şi Casauli, la Bangkok în Siam, în Cuba la Institutul dela Santa Clara, la Nairobi în Kenia, etc.

De curând şi francezii, deşi au rămas fideli până acuma metodei originale a lui Pasteur, au adoptat vaccinurile fenicate şi deconcentrarea tratamentelor antirabice în posesiile lor din Africa septentrională.

Metoda italiană în medicina veterinară

Dificultatea introducerii animalelor în institutele antirabice, a făcut pentru mult timp dificilă răspândirea vaccinării antirabice în medicina veterinară. Cu introducerea vaccinurilor fenicate şi cu consecutiva posibilitate de a le întrebuinţa în afara institutelor şi de a le expedia la distanţă, vaccinarea animalelor care au fost muşcate de animale turbate, nu se mai isbea de nici o dificultate.

Se pot astfel, prepara vaccinuri speciale conţinând o cantitate de virus fix adequată taliei animalului de vaccinat şi vaccinările pot fi lăsate pe seama veterinarilor, punându-le la îndemână instrucţiuni pentru uzul lor.

Unica dificultate care există în calea unei largi răspândiri a vaccinării antirabice a vitelor mari, este de ordin economic, vaccinul fiind prea scump. Deaceea astfel de tratamente nu se cer făcute decât numai în cazurile când animalul reprezintă o mare valoare comercială sau este mult iubit de stăpânul său.

O importantă economie, mai ales dacă e vorba de a pregăti vaccin pentru tratarea mai multor animale muşcate, se poate realiza cu procedeul aşa numitei «*Autovaccinări antirabice*» introdusă în practică de mine în 1923, pe baza teoriei pluralităţii virusului turbării (Puntoni).

Această metodă constă în utilizarea ca material de preparaţie al vaccinului a creerului animalului care a muşcat şi care conţine virusul după stradă. Emulsionarea în soluţie de acid fenic 1% şi menţinerea emulsiei timp de 24 ore la 37°, deci uciderea sigură a virusului Astfel, creerul animalului ce a muşcat (de cele mai multe ori un câine). se transformă într'un excelent material de vaccinare prezentând avantajul că virusul vaccinant este biologic identic cu virusul infectant şi deci ne asigură o absolută specificitate şi o mare eficacitate.

Cu creerul unui câine de mărime mijlocie, ce cântăreşte 70 gr. cca., se poate pregăti material vaccinant suficient pentru tratarea a trei mari erbivore (cai sau boi) sau a vreo 10 câini.

Este necesar a aminti că metoda italiană a acidului fenic a servit ca punct de plecare pentru prepararea de vaccinuri glicerofenicate introduse de japonezii Umeno şi Doi pentru vaccinarea preventivă a câinilor şi pentru profilaxia generală împotriva turbării.

In concluzie, metoda italiană de vaccinare antirabică, concepută de Fermi în 1906 şi întrebuinţată cu diverse modificări, este considerată ca cel mai bun succedaneu al metodei originale a lui Pasteur. Nu numai că ea prezintă avantagii din cauza mai marei sale eficacităţi, inocuităţi, simplicităţii şi economiei, dar se bucură la fel şi de necontestatul merit de a fi făcut posibilă descongestionarea vaccinărilor antirabice şi instituirii de dispensare antirabice cu un imens avantagiu pentru medicina umană şi veterinară.

Răspândirea ei din ce în ce mai mare şi larga aprobare pe care o întâlneşte în toate părţile lumii, constituesc cea mai clară demonstraţie a superiorităţii sale asupra tuturor celorlalte metode.

„Conditionatorii" pozitivi şi negativi.

Endogeni şi exogeni în farmacologia sistemului nervos autonom

de Prof. PIETRO DI MATTEI
Director al Institutului de Farmacologie
al Universităţii Regale din Roma

Descoperirea transmisiei chimice a excitaţiei nervoase vegetative nu trebue considerată numai ca un progres impunător în domeniul fiziologiei; progresul, şi, sub anumite aspecte revoluţia ce el produce în trupul farfacologiei este fundammental şi, poate chiar până acum, neînţeles îndeajuns. Când clocotul cercetărilor recente se va concretiza în formule şi concluzii mai uniforme şi mai generale, nu va fi numai capitolul farmacologiei sistemului nervos vegetativ, acela care va eşi complet transformat şi luminat.

Corecţia fundamentală va interesa concepţia farmacologică de «acţiune electivă» care în multe cazuri se va dovedi mult mai complexă decât prevede actualul înţeles schematic şi va dovedi intervenţia a numeroşi «participanţi».

In aceeaşi chestiune mai particulară a anumitor «puncte de atac», ştim azi că adrenalina şi acetilcolina endogenă (şi acest lucru este valabil şi pentru substanţele administrate ca medicamente) acţionează asupra celulei şi nu asupra terminaţiilor nervoase, aşa cum s'a crezut până acuma. In mod analog, alcaloizi din secara cornută, pentru a cita pe cei mai acreditaţi simpaticolitici, nu interesează în nici un fel terminaţiile simpatice, şi nici nu împiedică eliberarea adrenalinei. Se poate demonstra că alcaloizii din Secara cornuta repetă presupusa acţiune simpaticolitică chiar atunci când ţesuturile nu primesc nici cea mai mică enervaţie sau li s'au distrus toţi nervii. Astfel, atropina nu împiedică cu nimica eliberarea de acetilcolină din fibrele vagale dar împedică ca ea să aibă vreo acţiune.

Dar deplasarea spre celulă a unor influenţe pe care o socoteam că se petrece altundeva şi pe care o consideram drept model pentru alte substanţe cu acţiune asemănătoare (vechile substanţe simpaticotrope şi parasimpaticotrope) nu a limitat la un mai precis «punct de atac» progresul nostru farmacologic. Noi înţelegem azi că, dacă administrarea terapeutică a adrenalinei şi acetilcolinei reproduce respectiv efectele excitării simpaticului şi parasimpaticului, fapt care se întâmplă din cauza că este vorba de substanţe identice celor eliberate în mod fiziologic în organism în momentul de excitare fiziologică a simpaticului şi parasimpaticului, care exercită tocmai o acţiune excitantă asupra celulelor primitoare. Am înţeles mai bine că dacă nu ne găsim în condiţiile normale, sub o încărcătură permanentă şi excesivă de adrenalină şi acetilcolină endogenă, acest lucru se întâmplă din cauza promptelor procese de distrugere cărora sunt supuse aceste substanţe în organism. Acest lucru ne ajută evident foarte bine a înţelege efemera acţiune a adrenalinei, şi acetilcolinei întrebuinţate ca medicamente. Dar ne îndeamnă mai ales a gândi că soarta intermediară a acestor substanţe este condiţionată de variatele şi numeroasele procese care trebue să ne silim a le recunoaşte şi izola.

Dacă, pe de o parte, ne-a părut clar, între altele, că adrenalina şi acetilcolina pot demonstra în mod experimental a fi active şi pe celule care nu primesc niciodată inervaţii sau pe celule izolate, amibe, cromatofori, sau pe elemente cu fibre nervoase degenerate, pe de altă parte, pentru că foarte des acţiunea farmacologică precisă şi constantă constatată în organe scoase afară din organism nu se reproduce tot-

deauna în organismul «in toto», atunci când condiţiile teoretice pentru reacţia farmacologică sunt în mod egal sau chiar mai bine asigurate.

Intervin aci delicate şi importante procese biochimice care sunt variabile dela un organism la altul şi dela o specie la alta. In cazul adrenalinei fazele şi sediile progresivei inactivări, ne dau a înţelege exacta putere şi calitate a acţiunei finale a medicamentului în diversele ţesuturi şi organisme. In acelaş fel distribuirea esterazei acetilcolinice, aşa de particulară fiecărei specie, fiecărui ţesut şi chiar pentru părţile aceluiaşi ţesut, ne lămureşte mai bine asupra rapidităţii şi întinderi sciziunii acetilcolinei în diversele organisme şi asupra multora din efectele sale farmacologice.

Trei consecinţe farmacologice putem trage deocamdată: primo o profundă evoluţie a concepţiei acţiunei elective care, în mod evident în prea multe cazuri, a redus simplistic la componentele ideale: substanţa chimică-celula receptoare. Organismul este, cu energica sa activitate chimică, foarte interesat la această acţiune dela care părea a fi exclus.

Secundo: Investigaţiile asupra tuturor acelor influenţe favorizante şi defavorizante care putem să le exercităm în mod artificial prin medicamente asupra evoluţiei naturale chimice a acestor substanţe în organism. Va fi mai ales acest punct acela care va oferi mijlocul de a adăuga o nouă interpretare la acelea cunoscute până acum care prezidau asupra efectelor medicamentelor. Fapt care în practică ne va procura nouă, variate şi logice artificii pentru a putea obţine determinate acţiuni farmacologice. Nu va mai fi necesar să sintetizăm, de exemplu corpi asemănători chimiceşte cu adrenalina şi acetilcolina, atropina sau erbotoxina, pentru a obţine, din punct de vedere farmacologic, efecte simpatice sau parasimpatice, sau pentru a le elimina. Vom putea obţine acest lucru pe alte căi.

Vom avea de exemplu, cel puţin 3 posibilităţi farmacologice:

a) Medicamente care exercită un protectorat asupra adrenalinei şi acetilcolinei endogenă, asigurându-ne şi prelungindu-ne acţiunea specifică.

b) Medicamente care provoacă liberarea în organism a unei cantităţi mai mari de adrenalină sau acetilcolină.

c) Medicamente care usurează inactivarea, prin mecanisme diverse, a adrenalinei sau respectiv a acetilcolinei endogene, consimţind totuşi acţiunea fiziologică a antagonismului.

Toate aceste medicamente vor fi false simpatico — sau parasimpatico mimetice. Acţiunea va fi datorită mai departe adrenalinei sau acetilcolinei.

Conceptul de medicament simpaticomimetic şi parasimpaticomimetic va ajunge de a nu mai fi atributul exclusiv al tuturor substanţelor care produc efectele excitării simpatice şi parasimpatice, acţionând ca adrenalina şi acetilcolina asupra celulelor.

Că această atribuţie va fi logic extinsă la toate substanţele care, fără o analogie chimică sau farmacologică cu adrenalina sau acetilcolina vor fi în stare de a stimula o acţiune simpatică sau parasimpatică, care nu se datoreşte lor ci tot celor două tipice substanţe endogene.

* * *

Un puternic progres al farmacologiei va fi revizuirea efectivă a fizionomiei farmacologice a substanţelor considerate ca otrăvuri tipice pentru anumite sisteme, care însă nu au acolo nici un puct de atac. Deci o rectificare a numeroaselor «acţiuni elective» asupra simpaticului şi parasimpaticului care s'au născut din contemplarea efectelor şi nu din cunoaşterea determinismului lor.

Nu facem deci decât a scoate în evidenţă punctul cel mai semnificativ pentru farmacologia doctrinei transmisiei neurohormonală.

Revoluţia începută prin întrebuinţarea de către Loevi şi Navratie a unui medicament arhicunoscut, fiziostigmina, pentru stabilizarea «hormonului vagal», fapt care în fiziologie a prezentat, desigur, un preţios şi indispensabil artificiu technic, dar care pentru farmacologie a prezentat o neaşteptată şi radicală schimbare a primitivei fizionomii farmacologice a acestui medicament. A rezultat că acţiunile fiziostigninei sunt în bună parte aparente, de fapt fiind provocate de acetilcolina care este adevărata excitatoare specifică a celulelor controlate de parasimpatic. Fizostigmina nu foloseşte decât pentru a proteja acetilcolina endogena de prompta distrugere care se face în sânul ţesuturilor din cauza unei enzime specifice, o exterază specifică răspândită în mod neregulat, prezentă în toate ţesuturile. Fizostigmina nu ar face altceva decât a se combina cu exteraza blocând astfel acţiunea ei distructivă. Acum este clar că un nou mecanism farmacologic se afirmă plin de aplicaţii viitoare neprevăzute.

Nu este vorba numai de a considera ca celular punctul de atac al fiziostigninei şi nu nervos, ci de a lua alcaloidului ori şi ce atribut farmacologic. Acţiunea sa parasimpatică este pur şi simplu aparentă. Se deschide deci discuţia asupra capitolului intermediarilor farmacologici. Câte substanţe, de altfel cunoscute, nu vor fi din nou luate în discuţie?

In mod practic farmacologia s'a dovedit bogată în substanţe mai mult sau mai puţin capabile de a inactiva exteraza şi capabile de a permite efecte parasimpatice mai mult sau mai puţin intense, efecte care sunt totdeauna datorite acetilcolinei apărate (genezerina, pilocarpina, arecolina, morfina, apomorfina, antipirina, etanolsufuratul de ergotoxină, florurile, sărurile sodice ale acizilor biliari, uretanii, etc.). De multe ori fenomenele parasipatice consecvente nu sunt totdeauna manifeste. Deci acest fapt depinde de gradul divers în care aceste substanţe inactivează esteraza şi, între altele, de faptul că, de multe ori, alte acţiuni într"adevăr elective ale complexelor moleculare acoperă efectul parasimpatic cauzat de acţiunea acetilcolinesterazică.

Substanţe sintetice pot fi deci preparate *ad-hoc* şi deschisă astfel o nouă cale chmico-farmacologică. Fizostigmina poate fi considerată ca rezultând din unirea unui uretan cu un derivat indolic, substanţele mai simple şi mai puţin toxice care au un lanţ lateral uretanic, pot deocamdată, să fie preparaţi; prostigmina este una din acestea. Dar gama poate fi extinsă şi în medicamentele care modifică pH sanguin se pot dovedi eficace acţiunea esterazică având un optim variabil la diversele specii animale şi care la om pare a fi în jurul lui 8,4 — 8,5 (Glich).

Fapte analoage se petrec şi în domeniul simpaticului.

Toate substanţele care pot proteja adrenalina endogenă în organism de acţiunea oxidantă, ne fac posibilă constatarea unei acţiuni simpaticomimetice, care, până eri, ne făcea să le atribuim un tropism pentru terminaţiile simpatice.

Aceste acţiuni oxidante şi descompunătoare sunt foarte complexe şi încă discutate. Se admite acţiunea unui amino-oxidaze care ar transforma adrenalina în acid pirocatehic şi metilamină, acţiunea unei fenolaze care ar oxida adrenalina în adrenocrom şi în adrenoxină care, la rândul său, s'ar descompune ulterior în substanţe melanice. Mai este posibil ca un proces de metilarizare să transforme adrenalina în derivatul «nor» care, apoi, să fie descompusă de o oxidază în acid pirocatehic şi amoniac.

Aceste stări, din punct de vedere farmacologic, sunt extrem de importante: adrenocromul este inactiv, adrenoxina ar avea o acţiune inhibitoare (mediatorul inhibitor a lui Cannon) celelalte substanţe ar fi inactive.

E clar că oricare medicament reuşeşte, din întâmplare, să se interpună în această succesiune şi să oprească într'un moment oarecare aceste transformări, fie blocând enzima, fie inhibând o oxidaţie, acţiunea adrenalinei va \fi simţibil favorizată şi dacă şi intervenţia este din contra în favoarea transformărilor, adrenalina va fi cu atât mai uşor inactivată. In sfârşit,

alte substanţe pot prelungi existenţa adrenoxinei şi favorizează astfel efectul său inhibitor asupra adrenalinei.

Pentru Gaddrum, de exemplu, acţiunea simpatico mimetică a efendrinei ar fi atribuibilă combinaţiei sale cu o aminooxidază rămânând impiedicată o ulterioară transformare a adrenalinei endogene în metilamină şi acid pirocatehic. A fost demonstrată (Gaddrum şi Kwiathowski) că se găseşte o mai mare cantitate de adrenalină în lichidul de percuţie al unei urechi de epure în legătură cu capul când la iichid s'a adăugat efendrină. Deci şi efendrina ar fi, cel puţin în parte, un pseudosimpatico-mimetic.

Nesigură este părerea pe care trebue s'o formulăm despre tipica acţiune simpatică a cocainei. Este vorba de acţiunea stimulantă asupra terminaţiilor simpatice. Acum, s'a constatat că cocaina este activă şi după degenerarea fibrelor postganglionare, care inervează muşchiulatura netedă. Fiindcă ea produce fără o îndoială o creştere a activităţii adrenalinei şi doze suficiente de adrenalină devin active în prezenţa ei, ar putea fi vorba de modificări ale permeabilităţii celulare proprii adrenalinei. Desigur că nu cocaina sensibilizează celula muşchiulară la acţiunea titrezinei, strofantinei, etc. Ar fi vorba de un intermediar specific pentru adrenalină. Specific şi ca individualitate chimică, pentru că cocaina, stovaina, tropocaina, sau alipina nu au această calitate a cocainei şi ar dovedi chiar o acţiune antagonistă. Poate că e vorba de un impediment specific oxidării. Probele mai multor cercetători nu au făcut admisibilă totuşi o întârziere a oxidaţiei adrenalinice «in vitro» în prezenţa cocainei. Acum s'a văzut (Bayer şi Wenzer) că oxidarea este efectiv inhibată dacă sistemului i se adaugă aldehidă acetică, produsă, după cum ştim, de metabolismul intermediar al hidraţilor de carbon care atacă puternic adrenalina. Cocaina în organism ar împiedica acţiunea catalitică a aldehidei acetice asupra adrenalinei. Bonaruci, a recunoscut în vremea sa (1900), încetinirea multor procese de oxidare şi de sinteză în organism sub influenţa cocainei. Acidul ceanhidric, energicul inhibitor al produselor enzimatice, se pare că opreşte în extractele de organe, oxidarea produselor cari, la rândul lor, opresc auto-oxidarea adrenalinei, prelungind astfel lanţul posibilelor influenţe farmacologice. Dar din partea sa nu ne putem aştepta numai la astfel de acţiuni inocente. Catalizatorii negativi de oxidare sunt, de exemplu, pirogalolul, catecholul şi hidrochinona. In prezenţa lor, «in vitro», oxidarea adrenalinei apare întârziată. Iată acum demonstraţia experimentală, căci injectând urme din aceste substanţe, se constată o acţiune simpaticomimetică, este drept nu prea violentă. Acţiunea aceasta nu este cauzată de substanţa însăşi ci depinde de protecţia ce ea o acordă adrenalinei endogene. Intr'adevăr, în prezenţa priogalolului, doze minime de andrenalină îşi prelungesc acţiunile lor dela 3 la 30 minute. Celulele cu pigment, pe care adrenalina le face să se contracte brusc, după ce au fost imerse într'o soluţie de hidrochinonă devin active la diluţii enorme de adrenalină, care altfel ar fi inactivă. Şi îmi pare permis la acest punct să mă întreb dacă leziunile ateromasice experimentale, care s'au întâlnit din cauza unui lung tratament cu pirocatehină sau paracreuzol, aşa de asemănătoare cu cele clasice pe care Jossuet le descoperi primul la epuri în urma repetatelor injecţii cu adrenalină, nu sunt tocmai atribuibile adrenalinei circulante apărată în mod neprevăzut de distrugere prin acţiunea acestor catalizatori negativi ai oxidării. Calităţi care nu sunt încă în posibilitatea de a atribui unor substanţe amare ca Gentiana lutea, Menanthes trifoliata şi Achillea mille folium ar reapare în orizontul interesului farmacologic, nu din cauza amărăciunii lor, ci pentru că întăresc acţiunea adrenalinei.

Dar o acţiune antioxigenă a fost atribuită piroxinei şi în ceeace priveşte transformările cari inactivează vitamina A (De caro); regăsim acum şi tiroxina ca un coadiuvant al acţiunii adrenalinei. Acţiune antioxigenică au avut «in vitro» şi unii aminoacizi, tiroxina, iodotiroxina, asteragina, glicocolla, leucina, care în organele supravieţuitoare în afara organismului, întăresc efectiv acţiunea adrenalinei. Şi acidul ascorbic face evidentă acţiunea adrenalinei acolo unde nu ar fi sensibilă (cobai carenţaţi de vitamina C.).

Identic acţionează şi alte substanţe diverse: colesterina, peptona, creatina, creatinina, goainidina, testosteronul, foliculina, extractele de hipofiză, de placentă, de ovar, de corp luteu, lipizi extraşi din inimă, din ficat, din ganglioni limfatici. Cauzele vor fi desigur diverse, dar capitolul potenţierii medicamentelor, sau cel puţin al anumitor medicamente, rezervă desigur interesante ratificări şi achiziţii.

Nu poate să ne scape semnificaţia alinierii gradate a substanţelor chimice capabile de a sinergiza «in vitro» şi «in vivo» adrenalina, substanţe care sunt şi constituanţii fiziologici ai umorilor şi ţesuturilor noastre.

Ne tentează foarte mult a ne face această întrebare, de câte ori nu este însăşi substanţa introdusă ca medicament aceia care deslănţuie pe neaşteptate un şirag complect de substanţe care pot, în diverse moduri, condiţiona soarta chimică şi acţiunea farmacologică.

Injecţia de adrenalină provoacă de exemplu unele importante modificări hematice şi histologice; găsim în sânge o improvizată circulaţie de o cantitate neobişnuită de colesterine şi de aminoacizi, precum şi o deplasare a raportului calciopotasic etc. Modificări cari azi nu ne par de nebăgat în seamă şi străine de pura şi dominanta acţiune a medicamentului, nu numai dacă ne gândim puţin la acţunea sinergică a colesterinei şi a aminoacizilor asupra adrenalinei «in vitro».

Eu însumi am atribuit, acum câţiva ani, specificei improvize colesterinemii şi aminoacidemii succesive injecţii de adrenalină şi a schimbatului echilibru ionic în raport cu uşoara producere de leziuni vasculare ateromasice cauzate de adrenalină. Acestea lipsesc din contra atunci când se injectează de repetate ori şi în doze puternice efendrină, atât de asemănătoare din punct de vedere farmocologic cu adrenalina, dar care nu este capabilă de a provoca energica colesterinemie şi aminoacidemie a primei.

Acum se aşteaptă, după cum se ştie, a se izola din organism, toate verigile lanţului care în mod progresiv prezidează la transformarea adrenalinei, dar fiecare din aceste procese pot găsi într'un medicament un agent posibil de distrugere sau protejare. Iată devenind deodată extrem de interesante numeroasele cercetări din aceşti ultimi ani asupra influenţei unui sau altui medicament asupra glutationului sau acidului ascorbic din sânge şi din ţesuturi, ş. a. m. d. Fiecare din aceste medicamente ar putea fi găsit, dintr'un motiv oarecare a fi un neprevăzut condiţionator al soartei adrealinei în organism.

Marea întindere de acţiuni farmacologice care se pot trage în favoarea sau defavoarea integrităţii adrenalinei şi a acetilcolinei, care se produc în mod efectiv asupra acelor complexi şi variaţi intermediari biologici care condiţionează destinul lor chimic, este deci aci abia schiţat. Dar rezumând s'a vrut a arăta aci că multe medicamente pot fi considerate ca agenţi capabili de a condiţiona «in vivo» acţiunile adrenalinei şi acetilcolinei acţionând fie direct (asupra adrenalinei sau acetilcolinei), fie indirect. fie acţionând asupra intermediarilor endogeni. Şi astfel avem o modalitate, şi încă o modalitate neaşteptată, de a condiţiona tipicile acţiuni ale adrenalinei şi acetilcolinei.

Din toate acestea concepţiile actuale

despre sinergism şi antagonism farmacologic rezultă sensibil îmbogăţite şi evoluate. Nu este necesar, de exemplu, ca o substanţă să aibă acelaş punct de atac ca şi adrenalina sau acetilcolina pentru a putea să potenţieze acţiunea adrenalinei şi acetilcolinei. Este suficient ca acea substanţă să împiedece o fază oarecare din verigă din lanţul proceselor naturale şi progresive de inactivare. Ferite de destinul lor normal şi obişnuit, adrenalina şi acetilcolina, pot să-şi exercite întreagă, fără atenuări, acţiunea lor specifică finală. Această acţiune va fi datorată numai lor; va fi deci de o unică şi nu dublă origină.

In acelaş mod, eluderea unei acţiuni farmacologice a adrenalinei sau acetilcolinei, graţie unei alte substanţe (simpatico — sau parasimpaticolitice). un antagonism deci, nu face necesară o concomitentă acţiune contrarie a celor două substanţe asupra aceluiaş sediu electiv (acetilcolină-atropină), sau asupra sediurilor diverse cum se întâmplă cu unele substanţe (strichnină-curaçao); este suficient a potenţia procesele biochimice care distrug din prima substanţă înainte ca ea să poată ajunge la sediul electiv. Va fi un nou aspect biochimic aceea ce numim în farmacologie indirect.

Există deci o serie efectivă de substanţe care pot să se interpună în sens pozitiv sau negativ, de proveniență endogenă sau exogenă, care vor putea răsturna evoluţia chimică a adrenalinei şi acetilcolinei în organism, favorizând sau împiedecând efectul farmacologic. Faptului că adrenalina şi acetilocolina transmit în organism infuxul sistemului nervos autonom al celulelor i se datoreşte atributul acordat lor de mediator. Să privim faptele din punct de vedere farmacologic: sistemul nervos este exclus, adrenalina sau acetilcolina, introduse pe cale artificială în organism sau aplicate pe sistemul biologic, nu sunt de loc mediatori, ci substanţe chimice originale. Nu exercită nici o mediaţie. Mijlocirea o vom întâlni exercitată, până la acţiunea lor electivă, de toate substanţele favorabile sau contrare, pe care organismul sau artificiul farmacologic le va putea interpune. Aceste vor fi substanţele care vor condiţiona strict intensitatea şi durata acţiunii farmacologice a adrenalinei şi a acetilcolinei. La toţi aceşti mijlocitori endogeni şi exogeni, s'ar putea, poate, da numele de «condiţionatori» ai acţiunei farmacologice.

* * *

Aceşti condiţionatori sunt foarte importanţi în farmacologie şi din alte motive. Ei sunt în mod inegal reprezentaţi la diversele specii animale. Deci, diversă va fi, în anumite limite bineînţeles, soarta adrenalinei şi acetilcolinei în diversele specii de animale.

Sistematica farmacologică a recunoscut de mult timp deja diversa comportare a diverselor specii fără a putea da vreo explicaţie. Deasemenea am înregistrat un fapt de mare importanţă: în sânge se găsesc substanţe care pot fi capabile să ajute acţiunea adrenalinei. Unele animale dovedesc o clară deficienţă în substanţe de acest fel, totuşi ele pot fi făcute mai sensibile la adrenalină prin injecţii cu ser de om sau de pisică. Unele animale (cea mai mare parte din pisici) posed în sângele lor o cantitate suficientă de substanţe ajutătoare acţiunei adrenalinei, şi cea mai mare cantitate o conţine sângele de epure.

Care sunt aceste substanţe ajutătoare ?

Substanţe organice endogene capabile de a potenţia «in vitro» şi «in vivo» acţiunea adrenalinei am găsit destule. Altele pot proveni din alimente şi deci să fie prezente sau să lipsească după specia animalului. Desigur că aşa este cu acidul ascorbic de care am pomenit mai sus şi, poate, şi vitamina B, care după Minz şi Abderhalden potenţiază acţiunea acetilcolinei. Pe de altă parte numeroase experienţe dmonstrează azi bogăţia exterazică a ţesuturilor diverselor specii animale. Nu poate fi aceasta cauza diversei sensibilităţi şi poate diversului fel de a recţiona pe care îl arată diversele specii de animale la acetilcolină ?

Chiar şi indivizii au un conţinut divers, bineînţeles în anumite limite. Nu contribue acest fapt la explicarea unor idiosincrazii ?

Desigur că sensibilitatea la adrenalină şi acetilcolină, ca şi la otrăvurile simpatico — şiparasimpaticomimetice este diferită chiar la diverse vârste. Se pare că sensibilitatea animalelor adulte la adrenalină ar fi mai mare decât aceea a celor tinere. Biochimismul ,alimentarea şi desigur alţi factori sunt sensibilizatori diverşi. Sistările patologice trebue să prejudicieze aceşti factori şi aceste procese aşa de delicate. Anumite reacţii diferite faţă de un medicament după starea de sănătate sau boală, îşi pot găsi aci explicaţia lor.

Această schiţare, deşi scurtă, arată, mi se pare, lumina pe care doctrina neurochimică a proectat-o deodată asupra unor importante probleme farmacologice.

Recunoaşterea terenului a început deabia.

Intâlniri pe drumul colaborării Româno-Italiene în domeniul medico-legal şi criminalogic

Profesor BENIGNO DI TULLIO
Profesor de antropologie criminală dela Universitatea Regală din Roma
Secretar general al Societăţii internaţionale de criminalogie

Un important câmp de activitate în care s'a putut produce o fructuoasă colaborare culturală între România şi Italia, este desigur acela privind medicina legală şi criminalogia.

Este inutil de a aminti cu această ocazie că studiile medico legale şi criminalogia, sunt, atât în România, cât şi în Italia, puternic legate de tradiţii, criterii şi metode foarte apropiate, din care cauză a existat totdeauna o mare conprehensiune între cercetătorii acestor ţări şi o mare afinitate în atacarea şi rezolvarea acelor probleme de medicină legală şi criminalogie care pot fi considerate ca fundamentale pentru aceste discipline. Pentru o mai puternică confirmare a acestei colaborări, este suficient a relata pe scurt unele circumstanţe, cu ocazia cărora a fost afirmată pe deplin posibilitatea unei strânse colaborări între cercetătorii români şi italieni, în domeniul medico-legal şi criminalogic.

Intr'adevăr, făcând o scurtă paralelă între codul penal italian din 1930, şi codul penal român intrat în vigoare la 1.I.1937, este uşor a descoperi la ambele directive fundamentale asemănătoare prin acceptarea de noui instituţii legate de aceleaşi scopuri şi finalităţi.

Din această paralelă rezultă că, atât codul penal român cât şi cel italian, caută a concilia responsabilitatea morală cu apărarea societăţii, dând în acelaş timp funcţie de apărare a societăţii, care trebue să fie organizată pe principiul individualizării şi ca mijloc de adaptare al delicventului la viaţa socială, o importantă preponderenţă asupra celorlalte.

Astăzi nu se mai poate, tot în această direcţie, de a nu se pune în relief că primirea acestor principii, în legislaţia penală română este clara expresie a acelui proces evolutiv pe care dreptul penal îl suferă în toate ţările civilizate ca urmare a studiilor criminalogice conduse de cunoaşterea personalităţii delicventului, a cauzeler biologice şi sociologice ale criminalităţii şi remediilor necesare pentru reeducarea delicventului şi

pentru apărarea socială; aceste principii sunt opera impulsului dat de şcoala criminalogică italiană şi sunt legate mai ales de personalitatea lui Enrico Ferri şi a lui Raffaele Garofalo.

In conştiinţă, se înţelege astfel mai uşor origina şi valoarea reformei codului penal român. In el, într'adevăr, după câte afirmă Rădulescu [1]), unul dintre autori, toate instituţiile noui introduse cu nouile legislaţii penale au 'de scop principal transformarea sancţiunilor penale într'un mijloc e ficace de apărare socială, din care cauză se impune o individualizare a sancţiunilor penale se consecventa adaptare a pedepsei după pericolul prezentat de fiecare delicvent în parte.

In fine, este de o particulară importanţă faptul că, noul cod penal român, cu tot eclectismul său, socoteşte măsura de siguranţă ca o consecinţă a delictului (Rădulescu), favorizând astfel din ce în ce mai mult, ştergerea liniei de demarcaţie dintre *pedeapsă şi măsura de siguranţă.*

Acestea fiind spuse, este evident că tocmai această nouă orientare a legilor penale care, la fel ca şi în Italia şi în alte numeroase ţări, favorizează şi în România desvoltarea tuturor ştiinţelor criminalogice şi medico legale.

Relativ la acest lucru suntem bucuroşi a putea aminti că noi am putut constata toate acestea cu ocazia unui voiaj făcut în Ianuarie 1938 în România unde, din iniţiativa Institutului Italian de Cultură, am putut ţine două conferinţe, una la Universitate şi alta la Fundaţia Carol din Bucureşti. In aceste conferinţe am avut posibilitatea de a face cunoscut cercetătorilor din România, actuala desvoltare a ştiinţelor criminalogice şi motivele diferite din cauza cărora au devenit ele indispensabile în lupta modernă în contra criminalităţii, colaborarea dintre ştiinţă şi drept fiind dorită în mod particular de cercetătorii italieni şi, în care scop, s'a şi fondat la Roma Societatea Internaţională de Criminalogie la care toţi criminalogii sunt invitaţi să adere. In acele zile s'a ţinut la Palatul de Justiţie o întrunire specială, la care luară parte cei mai cunoscuţi criminalişti din Capitală şi au fost astfel puse bazele, sub auspiciile favorabile ale Procurorului General al Curţii de Casaţie din România, unei mai intime colaborări între criminalogii români şi cei italieni. Ca urmare a acestei întruniri, s'a creat Societatea de Criminalogie din România, care a aderat la Societatea Internaţională de Criminalogie din Roma, şi fu creat un comitet însărcinat cu menţinerea relaţiilor juridice italo-române.

Acest lucru a făcut, înainte de toate, posibilă o largă şi importantă participare a criminalogilor români la primul congres internaţional de criminalogie, care s'a ţinut în 1938 la Roma şi la care ei au putut aduce o largă contribuţie doctrinară şi experimentală.

In Mai 1939, a avut loc la Roma prima adunare a comitetului pentru relaţiile juridice italo-române sub auspiciile Ministerului de Justiţie italian. In această adunare, prezidată de Excelenţa Sa păstrătorul de sigiliu şi condusă de Rectorul Universităţii din Bucureşti, Constantin Stoicescu, Prezident al delegaţiei române şi de Magnificul Rector al Universităţii Regale din Roma, Pietro de Francisci, Preşedinte al delegaţiei italiene, a fost încă odată constatată că civilizaţia romană şi latină, care uneşte România şi Italia, îşi aruncă cele mai puternice reflexe ale sale mai ales în domeniul Dreptului.

Aceste fiind spuse, privind mai de aproape cauzele care fac posibilă o activă colaborare între cele două ţări amice şi în câmpul medicinei legale, trebue afirmat înainte de toate, că studiile medico-legale în România, sunt foarte înaintate şi urmează de aproape directivele şi finalităţile medicinei legale italiene. Aşa se face că acei care au avut ocazia de a vizita Institutul de Medicină Legală din Bucureşti, legat de numele Profesorului Minovici, şi de a admira marea acitivitate ştiinţifică, trebue să recunoască că medicina legală în România a ajuns la o mare desvoltare în toate domeniile şi, mai ales, în cel social şi criminalogic.

Dar, ceeace isbeşte mai mult, este marea activitate care se întâlneşte mai ales în studiile criminalistice, adică în studiile care duc la cunoaşterea cauzelor delictului, în studiul personalităţii delicventului şi în căutarea mijloacelor profilactice şi terapeutice ale criminalităţii.

De aici derivă motivul pentru care, nu numai operile ştiinţifice ale marilor noştri criminalogi, sunt bine cunoscute şi apreciate de cercetătorii din România, dar şi toate studiile de antropologie şi psichologie criminală, de psihopatologie, de sociologie şi statistică criminală, sunt foarte bine cunoscute de cercetătorii români, care dau în acest domeniu o contribuţie din ce în ce mai mare şi mai importantă.

In mod special, sunt ştiinţele criminalogice, şi între acestea mai ales antropologia şi psihologia criminalilor, acelea care pasionează foarte mult pe cercetătorii români care, totuşi, în discuţiile ştiinţifice şi în aplicaţiile practice nu uită că leagănul acestei discipline a fost tocmai Italia.

Este de înţeles că tocmai afinitatea rasială, etnică culturală şi spirituală dintre România şi Italia este aceia care împinge pe cercetătorii români a privi fenomenul criminalităţii cu aceleaşi criterii cu care este privit mai ales în Italia.

Şi ei înţeleg toată importanţa studiului cauzelor şi remediilor criminalităţi, considerată ca fenomen uman şi social, într'atât cât ei au înţeles că lupta modernă în contra criminalităţii are nevoie de legi cât mai eficace ,care nu pot fi formulate decât graţie unei cunoaşteri mereu mai precise a omului care greşeşte.

Adică şi ei au înţeles de acuma că în lupta împotriva delictului — neputând fi considerat fenomenul criminalităţii numai din punct de vedere juridic, dat fiind fundamentul său mai ales uman şi social, trebue să fie mereu o cât mai bună orientare graţie mijloacelor ştiinţifice capabile de a favoriza căutarea şi aplicarea mijloacelor profilactice şi terapeutice cât mai adecuate şi cât mai eficace.

In fine, ei au înţeles că lupta împotriva delictului prin eliminarea cauzelor criminalităţii, reeducarea delicventului şi apărarea societăţii, trebue socotită ca un câmp de activitate ştiinţifică şi practică condusă nu numai în scopul de a face legile cât mai eficace, ci şi pentru a favoriza îmbunătăţirea fizică şi morală a Naţiunii, a aduce deci, o contribuţie mereu mai mare la progresul civilizaţiei mondiale [1]).

---

1) *F. Grispigni* — La transformazione del diritto Penale nella piu recente legislazione straniera - Ann fi Dir. Comparativo e di studi legislativi Vol, XIV. dasc. VI.

1) *B. di Tullio* — Antropologia Criminale-Editore Pozzi-Roma-1939.

Orientarea profesională în Italia şi lumea întreagă

de MARIO PONZO
Profesor de Psihologie la Universitatea Regală din Roma

Ca şi la alte multe naţiuni, studiile şi practica orientării profesionale au găsit în Italia, în ultimile decenii, încurajatori şi obstacole, pionieri şi opoziţionişti.

Ar fi greşit de a considera că interesul faţă de această problemă ar fi fost deşteptat de oameni de ştiinţă. Problema s'a născut înainte de a i se da vreun nume. De destinul în viaţă al tinerilor fii, părinţii s'au preocupa de când lumea şi pământul. Preocuparea ca ei să ocupe posturi sociale potrivite cu firea lor, s'a născut, desigur, într'o epocă mult mai apropiată de cea a noastră, atunci când profesiunile primitive s'au multiplicat şi s'au diferenţiat şi accesul lor a devenit liber.

Ea a apărut mai atenuată în perioadele şi în familiile în care o anumită formă de muncă se transmitea prin tradiţie familială, din tată în fiu. Vrând să considerăm munca în marile sale subdiviziuni, se poate spune că preocuparea locului potrivit a fost mai puţin simţită în sectorul agricol, pentrucă muncitorului de pământ i se cere, în genere, o adaptabilitate mare în îndeplinirea unor însărcinări destul de diverse.

Deşi trebue recunoscută originea familială a interesului pentru orientarea profesională, fapt sigur este că nu din partea familiei a fost începută actuala mişcare pentru asigurarea unei orientări profesionale potrivite a tineretului.

Au fost însă unii filantropi, cărora trebue să le recunoaştem meritul de a-şi fi pus problema sub forma ei socială. In fiecare ţară au fost persoane demne de merit, care, de exemplu s'au interesat de soarta şi pregătirea socială a orfanilor, a abandonaţilor, a celor nedreptăţiţi de soartă. Problemă arzătoare a fost pentru alţi filantropi aceea de a salva şi libera printr'o operă educativă şi o muncă potrivită pe tinerii cu înclinaţii criminale desvoltate sub un aspect de influenţă a ambianţei şi sub scuza necesităţii. Trebue recunoscut că şi fără a cunoaşte termenul «orientare profesională», filantropii, laici sau nu, au făcut miracole.

La rândul lor, nu puţini medici, şi din trecut, cari îşi înţelegeau pe deplin misiunea, găsindu-se în faţa a indivizi slăbiţi de traumatisme şi de boli, cari nu mai aveau aceleaşi aptitudini şi aceeaşi capacitate de lucru ca mai înainte, s'au interesat a le găsi o întrebuinţare adequată cu condiţiile lor. In alte cazuri, medicul s'a găsit de faţă cu tineri cărora le lipsea vederea sau auzul din naştere sau cărora le era redusă sau alterată inteligenţa şi pentru cari se impunea necesitatea găsirei unei ocupaţii pentru a le da un scop în viaţă.

La fel ca şi medicul, învăţătorul, în sensul celui mai nobil semnificat al acestui cuvânt, a fost totdeauna nu numai un instructor al tinerilor, ci şi un educator şi sfătuitor al lor. Cunoscându-şi elevii, învăţătorul nu a putut să nu-şi pună problema raportului dintre şcoală şi viaţă şi, mai ales, dintre fiecare elev şi fiecare îndrumare în viaţă în parte. El a făcut deci o orientare profesională practică, încercând să evite elevilor săi dezamăgiri, căutând să le niveleze căile de după şcoală, sfătuind pe fiecare din ei să apuce calea cea mai potrivită lui. El proceda astfel aproape totdeauna în strânsă colaborare cu familia elevului.

După filantropi, după medici şi după învăţători, au apărut în domeniul orientării profesionale şi oamenii de ştiinţă. Aceştia, luând contact cu medicii şi cu educatorii, au încercat să aducă în prevederea posibilităţilor viitoare ale şcolarilor, invalizilor şi deficienţilor, pe lângă criteriul empiric, şi un criteriu unei mai precise determinări ale dotaţiunilor individuale cari puteau să-i facă mai mult sau mai puţin potriviţi pentru o însărcinare sau alta în viaţă.

Fiecare oraş din Italia, fiecare şcoală, fiecare centru spitalicesc, fiecare universitate, poate spune azi că unul din ai săi a studiat această problemă, chiar dacă nu ar trata despre orientarea profesională propriu zisă sau dacă a atins chestiunea numai incidental. Numai în ultimile decenii acest ansamblu de preocupări, de studii şi de opere practice, a căpătat numirea sa specifică şi s'a vorbit de o problemă şi de o operă de orientare corolar al problemei şi operei de selecţie profesională. Dar dacă denumirea, repet, poate fi nouă, principiile nu sunt deloc noui şi, cu atât mai puţin, opera care s'a desvoltat în jurul lor. Cel mult, din cauza denumirii specifice, s'a acordat o atenţie mai mare acestei probleme şi s'a depus o mai mare activitate în favoarea rezolvării ei.

Erori şi deformări ale concepţiilor asupra orientării, aplicării practicei şi asupra aspectului doctrinar au fost destule; nu însă de aşa natură încât să justifice opoziţia şi rezistenţa întâlnită.

După cum, din cauza ignoraţiei s'a ajuns la afirmaţia că principiul selecţiunii ar fi o nouă armă a dătătorilor de lucru, deşi acest principiu a fost folosit, este drept, prost, de oficiile de plasare ţinute de indiferent cine, pentru ori şi cine, tot aşa se aude spunându-se despre orientarea profesională că totul se reduce la o formă de constrângere a libertăţii de alegere a tânărului din partea unor străini, unor incompetenţi, unor călcători de tradiţii, obiceiuri şi moravuri. Cum, deşi eu am urmărit cu toată atenţia ceeace s'a făcut în direcţia orientării, nu mi-a parvenit niciodată o informaţie despre vreun sistem coercidiv întrebuinţat pe tema orientării în şcoală şi în afară de ea, nici măcar din Rusia Sovietelor! Finalitatea operei, care este în primul rând în avantagiul individului însăşi, exclude această posibilitate de încălcare a voinţei sau neţinerea în seamă a naturei aspiraţiilor tânărului. Insăşi simplul sfat, când a căpătat o formă concretă din partea educatorului, a fost dat în termeni destul de generali, bazat pe cunoaşterea tânărului sau sugerat de mai marile uşurinţe de a găsi o ocupaţie în anumite ramuri de muncă, în funcţie de răspândirea acestora în regiunea în care se găseşte tânărul. O mai mare cauză de preocupare poate fi deşteptată în opera de orientare de directivele individuale care au fost aci şi acolo imprimate de opera de orientare a unor învăţători, filantropi, medici sau oameni de ştiinţă în baza ideilor şi convingerilor lor particulare. Apreciabile, chiar dacă sunt discutabile pe plan ştiinţific, aceste directive pot deveni dăunătoare din cauza unilateralităţii procedeelor întrebuinţate în studiul personalităţii tânărului sau din cauza diversei accentuări a diverselor trăsături ale acestuia, fapt care împiedică o armonică şi echilibrată evaluare.

Au fost într'adevăr unii cari au acordat o mare importanţă datelor cu caracter medical, care duc a fixa aptitudinile negative. Alţii au pus mai multă bază pe raportul dintre tipul de constituţie somatică şi forma constituţiei psihice. Alţii au confundat personalitatea cu un mecanism în care s'ar putea izola fiecare fragment în parte şi s'au pierdut într'o cercetare analitică care, dacă a putut da

unele aparente profiluri individuale, nu a reuşit să individualizeze personalitatea în principiile sale fundamentale. Alţii, pe aceeaşi cale, nu au ştiut să găsească mijloace a pune în evidenţă aptitudinile. Testsurile individuale sau colective precum şi determinările cu caracter de evaluare numerică a dotaţiunilor individuale, cari au găsit şi vor găsi multă trecere la unele naţiuni, nu au reuşit să devină în genere prea simpatice în ţările latine.

O altă formă de unilateralitate eronată preocupantă şi-a avut origina în faptul că s'a înţeles orientarea ca un act de îndeplinit într'un anumit moment al vieţii şcolare, pe când ea trebuia însă să fie rezultatul unei continue observări şi remarcări de fapte în cursul întregei perioade a vieţii şcolare.

In orice caz, chiar dacă au fost făcute erori în perioada preparatorie a orientării profesionale scolastice, acestea au fost încetul cu încetul corectate şi nu au avut posibilitatea de a căpăta aspectul şi gravitatea unei păgubiri sociale, pentrucă, oricât de mult s'ar vorbi de o orientare profesională, opera de orientare nu a obţinut un caracter amplu, extins adică la o massă numeroasă formată de copiii unui oraş, a unei regiuni sau a unei naţiuni.

Trebuesc într'adevăr recunoscute în desvoltarea operei de orientare faze şi etape progresive cari se pot distinge, chiar pe baza celor spuse mai sus, în o fază famială urmată de o fază cu caracter filantropic, o fază medicală şi o fază ştiinţifică, care prevede dar nu este încă, în faza terminala necesară mişcării de gândire şi de acţiune în acest domeniu, care devine actuală când problema şi soluţionarea ei sunt simţite ca fapte sociale. Vroind să fac aluzie la fazele preparatorii a stadiului social, trebue să atrag atenţia în mod special asupra Italiei care *a* participat cu pionierii ei, dând suflet şi directive mişcării, cu medicii săi, cu psihologii săi, cu educatorii săi. Au fost ţinute în Italia Congrese ale Orientării. S'au făcut încercări de aplicare a acestor principii la unele şcoli. S'au făcut cercetări cu caracter statistic asupra vocaţiilor, inclinaţiilor, asupra motivelor cari împing la alegerea unei profesii. Au fost analizate aptitudinile tinerilor. Au fost publicate monografii şi volume asupra orientării. S'au încercat prin cursuri preparatorii a se prepara mediul şcolar, nedispus a primi nouile idei ca şi cum ar fi fost străine de opera educatorului şi ca fiind de competenţa exclusivă a medicului. S'a reuşit a se da o anumită răspândire vizitelor medicale în şcoli în

crează acum la formarea unui catalog bibliografic a ceeace s'a făcut în Italia în domeniul orientării dar, mă tem că deşi el îşi depune toată silinţa, nu va reuşi, poate, să-l completeze, atât de mare fiind opera apărută în Italia în ziare, reviste, volume, dări de seamă ale congreselor în acest domeniu. Oamenii de ştiinţă italieni pot fi mândri şi în acest domeniu de opera lor. Ea a influenţat în mod fericit ca auxiliară a operii filantropice. A acţionat, deşi ar fi greu să se poată determina cât şi cum, ca factor pregătitor, sau cel puţin predispozant al situaţiei actuale, aproape ca un ferment lucrând mai mult în adâncime decât în suprafaţă. Dar, în genere, în faţa vastităţii problemei a unei aplicaţii generale a principiilor orientării, activitatea oamenilor de ştiinţă, şi în mod special a psihologilor italieni, deşi a fost dusă cu credinţă şi tenacitate, dela Congresul Internaţional despre problemele orientării profesionale ţinut la Milano în 1922, la Congresul Internaţional pentru instrucţia tehnică ţinut la Roma în 1936, unde a fost aşa de desbătută chestiunea orientării, poate să fie asemănată cu efectele a puţine picături de ploae pe un pământ arid, căruia îi este necesară o bună ploaie fecundatoare.

Dar, pe când în această situaţie de disproporţie dintre iniţiativele singulare şi necesităţile desvoltării totalitare se găsesc aproape toate naţiunile europene, în Italia s'a determinat azi o situaţie profund diversă care a aşezat opera de orientare profesională pe planul efectuării sale în spirit naţionalist, fiindu-i dată o bună perspectivă şi fiind una din hotărârile cele mai impunătoare ale spiritului legislativ fascist.

Şi această problemă, ca şi în atâtea lupte duse şi câştigate de regimul fascist sub egida geniului musolinian, a fost înfruntată în manieră curagioasă, împreună cu problema şcoalei, în acel document transformator şi inovator al educaţiei şi al pregătirii tinerilor pe care Marele Consiliu al Fascismului l-a aprobat în una din memorabilele sale reuniuni din Februarie anul trecut şi care poartă numele de «Charta Şcoalei».

Desigur că şi înainte de aceasta se găseşte o operă preparatorie, predispozantă declaraţiunilor «Chartei» despre necesitatea de a avea oameni potriviţi la posturi potrivite.

In «Charta Muncii» de exemplu, se pune necesitatea ridicării muncitorilor printr'un proces educativ şi selectiv. Această finalitate este privită în raport cu avantagiile pe cari le va aduce atât muncitorimii cât şi producţiei care este obiectul ce interesează

nu numai pe unii indivizi, ci întreaga naţiune.

Pe când, într'adevăr, «Charta Muncii» proclamă pe de o parte că: «munca în toate formele sale organizatoare şi executive, intelectuale, tehnice şi manuale, este o datorie socială», afirmă, pe de altă parte, că. «complexul producţiei este unitar din punct de vedere Naţional; obiectivele sale sunt unitare şi se traduc prin buna stare a fiecăruia în parte şi prin puterea Naţională».

Psihologii cari au patronat la introducerea în şcoala de îndrumare profesională a unei vizite a elevilor care să permită cunoaşterea în timp oportun a aptitudinilor lor somatice negative, au găsit un sprijin indirect pentru iniţiativa lor într'o altă lege italiană, în aceea a protecţiei muncii femeilor şi copiilor. Art. 8 din această providenţială lege, la care mai târziu trebuia să se refere determinarea legii care a orânduit libretul lucrătorului, prescrie într'adevăr că atât copiii cât şi femeile minore nu pot fi întrebuinţaţi la lucru dacă nu reese în baza unui certificat medical că sunt sănătoşi şi potriviţi lucrului.

Concepţia de «potrivit» a eşit din câmpul gândirii strict medicale, al patologiei şi al predispoziţiei la maladii, pentru a intra în acela al practicei generale şi specifice al muncii, care se sprijină la rândul ei pe concepţiile de predispoziţie naturală şi de aptitudine. Este adevărat că medicul nu consideră toate aptitudinile şi dispoziţiile cari fac apt pe copil la o anumită muncă, ci se limitează a preciza cari sunt aptitudinile negative, totuşi, din necesitatea de a le preciza, el intră în contact cu două probleme fundamentale ale orientării profesionale: aceea a cunoaşterii personalităţii tânărului în ceeace priveşte munca şi aceea a cunoaşterii profesiilor din punct de vedere al exigenţelor fizice şi psihice.

Şi alte legi noui fasciste se pot numi precursoare ale declaraţiilor din «Charta Şcoalei». Astfel aceea recentă asupra asigurării obligatorii contra invalidităţii şi bătrâneţii. Nu se mai vorbeşte în ea numai de «capacitatea generică de muncă», ci şi de «ocupaţii adequate aptitudinilor muncitorului». Regulamentul vechei legi italiene asupra accidentelor de muncă întrebuinţând termenul de aptitudine, se referă mai ales la o massă indiferenţiată de muncitori, în ceeace priveşte capacitatea de muncă şi a randamentului muncii.

Legea asupra asigurării obligatorii contra invalidităţii şi bătrâneţii a întrebuinţat în schimb acelaş termen la plural. Şi este suficient acest plural pentru a scoate în evidenţă faptul că legislatorul a înţeles să se re-

fere astfel la infinita gamă de dispoziţii personale, diferite dela individ la individ, a căror valoare practică, prea adesea uitată, este scoasă în evidenţă atunci când ele sunt pierdute.

Dar, după cum am mai spus, «Charta Şcoalei» a rupt orice dispoziţie preparatoare, atât în concepţia orientării cât şi a selecţiei, punând acele două opere la fundamentul şcoalei însăşi. Intr'adevăr, Şcoala Fascistă educă, orientează şi selecţionează.

Orientarea se uneşte cu selecţia şi o face umană. Selecţia, începută din şcoală, nu este făcută cu scopul de a elimina pe tânăr din ea, ci cu scopul unei îndreptări pe căi conforme cu natura, tendinţele şi interesele sale.

După a 6-a declaraţie a Chartei: «îndreptarea culturală şi orientarea profesională» sunt îndatoririle cele mai importante ale şcoalei fasciste, în scopul de a avea grije, după necesităţi şi logică, de prepararea oamenilor capabili de a înfrunta problemele concrete ale cercetărilor ştiinţifice şi ale producţiei.

Această concepţie care altoeşte şi face solidară şcoala cu viaţa de cetăţean de după şcoală, este reafirmată de principiul care consideră perioada studiilor ca o obligaţie la care fiecare trebue să se supună. De îndeplinirea acestei obligaţii se ia notă pe un libret personal «de unit la libretul de lucru» care dovedeşte îndeplinirea acestei obligaţii şi cu scopul evaluării individuale la ocuparea unui serviciu sau la muncă. Modul în care va fi întrebuinţat la lucru este astfel pus în legătură cu opera de orientare şi de selecţie şcolară.

Ca fundament al orientării şi selecţiei făcute în şcoală stau acele dispoziţii individuale naturale pentru recunoaşterea cărora psihologii au combătut într'adevăr atât de mult în câmpul psihologiei diferenţiale.

«Accesul la studiu şi continuarea lui este regulată în mod exclusiv de criteriul capacităţii şi de aptitudinea demonstrată». (Declaraţia III).

Accentuează, dacă mai este posibil, importanţa acestei declaraţii expresia adverbitlă «în mod exclusiv», a cărei semnificaţie este pusă ulterior în evidenţă în aceiaş declaraţie.

«In colegiile statului trebue», se afirmă, «asigurată continuarea studiilor tinerilor capabili dar neavuţi».

In timp ce se elimină problema familiei nevoiaşe, care ar putea să împiedice pe un tânăr de a-şi continua studiile, se exclude posibilitatea ca averea să poată exercita o influenţă asupra îndreptării spre anumite şcoli.

Nu există nici un dubiu pentru nimeni că recunoaşterea aptitudinilor, mai întâi, şi transformarea lor pe urmă în capacităţi, prin virtutea formativă a şcoalei, constitue, după cum totdeauna au înţeles psihologii, motivul de a orienta pe tineri.

Cu toate meritele pionierilor ei, au greşit adesea în indicarea mijloacelor cari permit a preciza natura şi calitatea aptitudinilor tinerilor. Pentru evitarea pericolului, de care se făcea aluzie mai sus, de a nu întrebuinţa pentru recunoaşterea aptitudinilor tinerilor metode şi căi unilaterale «Charta Şcoalei», precizează declarând (declaraţia IV) că: «studiul, exerciţiul fizic, munca, dau şcoalei mijloacele de a întrevedea aptitudinile».

Deci, nu întrebuinţarea de maşini şi de tests-e, ci însăşi exerciţiul şcolar, însăşi proba de lucru, însăşi cimentul gimnastico-sportiv trebuesc a da simptomele pentru diagnosticul aptitudinilor şi al gradului lor.

Urmează ca orientarea şi selecţia şcolară, ca opere practice, trebuesc a se desvolta în şcoală şi nu în afară de ea, cu atât mai puţin prin prisma suprastructurilor ne-necesare şcoalei însăşi.

Este sigur deasemenea că cei mai indicaţi a face o exactă evaluare a simptomelor semnalate şi capabili de a pune un diagnostic exact în scopul orientării rămân şi vor rămâne educatorii.

Ei vor găsi uşurată această însărcinare în misiunea lor de educatori, adică de formatori de cetăţeni, de unii colaboratori. Pe aceştia «Charta Şcoalei» îi menţionează. Ea atrage atenţia, într'adevăr, (declaraţia IV) că: «şcoala şi familia, solidare în mod natural, colaborează intim şi continu în scopul educaţiei şi orientării elevilor».

Despre toţi colaboratorii, «Charta Şcoalei» nu vorbeşte dar sunt subînţeleşi ca prezenţi şi acţionând, este drept, pe un plan secundar. Psihologii şi psihotechnicienii se pot considera ca participanţi la opera începută de ei prin prepararea învăţătorilor pentru ca aceştia să-şi poată îndeplini sarcinile încredinţate lor. Astfel toate studiile de psihologie generală cu caracter ştiinţific vor deveni vitale şi dinamice dacă vor reuşi să devină motive de convingere şi de acţiune în mintea educatorilor.

Acelaş lucru trebue spus şi de un alt colaborator indispensabil în opera de orientare în virtutea funcţiei sale sociale, căpătată mai ales sub regimul fascist, de tutor al integrităţii şi puteri nouilor generaţii. Medicul care îngrijeşte, s'a transformat, sub regimul fascist, în medic care previne şi educă. Ca educator el face parte din şcoală, din fabrică.

El devine persoana la care se merge într'un infinit număr de cazuri de nesiguranţă, de deviaţii dela normă, de excepţionalitate negativă a indivizilor. Şi fiindcă orientarea şi selecţia tânărului nu sunt expresia unui examen care se face într'o singură zi şi nici o părere maturată într'un an, ci rezultatul unei observări atente, pline de dragoste, din timpul întregei perioade şcolare, care începe la 4 ani pentru a se continua până după împlinirea a 20 de ani, observare făcută de fiecare educator şi de toţi educatorii împreună, biologul nu poate să se preocupe că sfatul de orientare poate fi formulat în scurt timp, în perioada profundelor transformări a personalităţii tânărului. Nici nu este nevoie ca ea să fie formulată pentru că, însăşi tânărul este pus în posibilitatea de a-şi cunoaşte mai bine posibilităţile sale şi capacitatea sa, în baza unui proces de autodeterminare, favorizat de şcoa la care nu informează numai ci, mai ales, formează, este înlesnit a se îndrepta cu uşurinţă, cât mai sigur, pe calea cea mai potrivită lui, chiar dacă nu i-a fost desemnată în nici un fel.

In Italia problemele orientării şcolare şi profesionale considerate în lumina situaţiei de azi, adică în mediul creat de «Charta Şcoalei», au făcut paşi de gigant spre soluţionarea lor practică şi integrală şi alte probleme îşi aşteaptă rândul de a face asemenea paşi prin opera consacrată de aplicare a fiecărei declaraţii în parte. In prezent, este în curs o muncă tăcută şi intensă pentru aplicarea practică a principiilor doctrinei.

Medici şi psihologi care au participat la desvoltarea iniţială a curentului trebue să constate că aportul lor a fost destul de mic în acest domeniu, dar pot să se simtă mândri de a fi fost iniţiatorii şi de a fi întrevăzut, chiar dacă cu imprecizie şi nu în întregime, marea sa vastitate, posibilităţile desvoltării sale ulterioare.

Este clar că tot ce se face în această direcţie şi în alte ţări de medici, psihologi sau educatori, va putea să aducă un bogat rezultat dacă va găsi, ca în Italia, o lege care să ştie a transplanta pe plan naţional şi totalitar, tratarea principiilor şi directivelor de urmat în opera de orientare şi selecţie. «Charta Şcoalei» trebue să fie un indicator sigur în spre drumul de urmat în opera de orientare şi pentru alte naţiuni, chiar dacă ar trebui modificată pentru a o adapta caracteristicelor lor naţionale, obiceiurilor lor şi felului lor de a înţelege.

Organizaţia, legi şi instituţii sanitare în Italia

Prof. RAFFAELE BASTIANELLI
Comisar Ministerial

«Tutela sănătăţii publice este «atribuită Ministerului de Inter«ne şi, sub dependenţa sa, Pre«feţilor şi Primarilor. Servi«ciile de higienă şcolară, fero«viară, a muncii, a coloniilor, în «genere, serviciile de higienă şi «serviciile sanitare, indiferent «ale căror admnistraţii publice, «civile sau militare, trebuesc, «în ceeace priveşte tutela hi«gïenei şi sănătăţii publice, să «fie coordonate şi uniformizate «după dispoziţiile legilor sani «tare şi după instrucţiunile mi«nisterului de interne».

Cu aceste cuvinte, textul unic al legii sanitare, adică al legii sanitare fundamentale italiene, se stabileşte că toată activitatea sanitară a Statului este controlată şi condusă de Ministrul de Interne. Această lege, sau mai bine zis, acest text de lege, promulgat de Guvernul Fascist la 27 Iulie 1934 A XII E. F. a substituit cealaltă lege din 1907, care a fost prima culegere de legi sanitare ale Statului Italian după 1887, epocă în care a fost constituită de Francesco Cristi, direcţia centrală a sănătăţii, pe lângă Ministerul de Interne.

Necesitatea de a substitui vechiul text unic cu o nouă culegere de legi, a fost simţită de Guvernul Fascist din cauza esenţei însăşi a politicei sale, politică ce substituia vechiului individualism demo-liberal, cu ideea nouă a individului parte integrantă a Statului conceput unitar şi care se identifică în fraza Musoliniană: *Totul în Stat, nimic afară de Stat.*

Deci, concepţia de a se îngriji de suferinţele fiecărui cetăţean în parte, sănătatea fiecăruia garantând sănătatea tuturora, i s'a substituit această concepţie, net orientată spre prevenirea răului, ce pune sănătatea colectivă la baza vieţii sociale a Naţiunii.

Din acest punct de vedere, Regimul Fascist priveşte sănătatea ca pe capitalul cel mai aducător de profit al unui popor, şi în special al acelui italian, care consideră munca ca cea mai mare bogăţie.

Dacă Direcţia Generală a Sănătăţii Publice, de lângă Ministerul de Interne, a rămas în formaţia sa schematică aderentă la legea lui Crispi, de fapt ea şi-a transformat şi amplificat propria-i activitate chiar din momentul când şi-a asumat rolul unei tutele nelimitată numai la asistenţa şi apărarea de contagiune şi şi-a extins activitatea şi la prevenirea răului, nu numai evitând cauzele, ci şi căutând de a pune organismul în condiţiunile unei mai puternice apărări, consequenţă logică a unei constituţii mai robuste.

In sfârşit, *s'a realizat o adevărată îmbunătăţire umană*, după concepţia fascistă, adică îndreptată spre apărarea integralităţii fizice şi morale a rasei.

Organizaţia sanitară a Regatului.

Cu impunerea acestor noui directive şi consecventa transformare a activităţii Direcţiei Generale a Sănătăţii Publice, organele centrale şi periferice în legătură cu aceasta, au suferit o amplificare a îndatoririlor şi funcţiunilor lor.

Astfel, organul sanitar consultativ al Ministerului de Interne, pus pe lângă Direcţia Generală a Sănătăţii, organ executiv şi iresponsabil, adică *Consiliul Superior al Sănătăţii*, a fost modificat în manieră adequată, în sensul că au fost chemaţi să facă parte din el noui persoane competente, în legătură cu noua organizaţie corporativă a Statului şi cu complexităţile din ce în ce mai mari ce se nasc din dorinţa pe care Statul o are de a exercita iniţiative şi control în câmpul sănătăţii publice.

Din ea fac parte azi, în afară de 16 doctori în medicină şi chirurgie, un biolog, doi ingineri experţi în inginerie sanitară, un doctor în chimie, doi doctori veterinari, un farmacist, un consilier de Stat, un expert în ştiinţele agrare, un expert în materie administrativă, un ofiţer sanitar, un reprezentant al P. N. F., un reprezentant al fiecărei mari Ente sanitare naţionale, directorii generali ai sănătăţii militare, sănătăţii maritime, sănătăţii aeronautice, ai serviciilor sanitare feroviare, ai serviciilor sanitare coloniale, şi reprezentanţii Ministerelor de comunicaţie, educaţie naţională, corporaţiilor, agriculturii, lucrărilor publice, etc.

Prin înmulţirea metodelor de cercetare, de asigurare şi de control, vechile laboratoare ale Direcţiei Sănătăţii Publice au devenit insuficiente şi, în locul lor, a fost ridicat şi inaugurat în 1934 un grandios şi foarte modern Institut al Sănătăţii Publice în care îşi găsesc adăpost, pe lângă laboratoarele de bactereologie, chimie, şi un laborator de malariologie, de biologie, de fizică, servicii de epidemiologie, statistică şi inginerie sanitară.

La Direcţia Generală a Sănătăţii Publice, corespunde în fiecare provincie Oficiul Sanitar Provincial, pus sub directa dependenţă a Prefectului şi condus de un medic provincial ajutat de unul sau mai mulţi medici provinciali adjuncţi, şi de un veterinar provincial.

In mod analog cu Direcţia sănătăţii publice acest organ provincial şi-a amplificat foarte mult activitatea, aşa că în 1927 a fost făcută obligatorie constituirea în fiecare provincie a unui laborator provincial cu două secţiuni: una medico-micrografică şi una chimică, conduse de un personal competent, ce lucrează sub conducerea medicului provincial.

Organul sanitar consultativ al provinciei este reprezentant de consiliul provincial al sănătăţii, prezidat de Prefect şi constituit după schema consiliului superior dar cu un număr mai mic de membri nominativi; în afară de aceia care de drept fac parte şi anume medicul provincial, veterinarul provinciei, şeful sănătăţii militare a garnizoanei, ofiţerul sanitar al reşedinţei şi reprezentanţii sindicatelor sanitare mai fac parte şi reprezentanţii provinciali ale celor mai mari Ente sanitare naţionale.

Organul terminal sanitar, cel mai periferic, *este ofiţerul sanitar.* Ofiţerul sanitar este în comună, ceeace este medicul provincial în provincie şi Direcţia Generală a sănătăţii publice la centru. El depinde din punct de vedere administrativ, de primar, dar primeşte directive dela medicul provincial. Fiecare comună din Italia are ofiţerul său sanitar, care este în acelaş timp şi medicul şef al comunei. In marile comune există un adevărat oficiu sanitar de care depind diverşi medici pentru diverse servicii. In comunele mai mici, însă, funcţiunea de ofiţer sanitar este dată unicului medic al comunei, adică medicului de circumscripţie. Noul text prevede, şi prevederea este în curs de punere în aplicaţie, constituirea de consorţii sanitare, constituite de două sau mai multe comune mici, vecine între ele, până a ajunge la un minimum stabilit de locuitori. Pentru fiecare consorţiu va fi numit un ofiţer sanitar consorţial, căruia îi este dată însărcinarea vigilenţei sanitare a comunelor consorţiale; această dispoziţie făcută necesară de noua încadrare în viaţa sanitară naţională, şi deci de mai numeroasele misiuni ale ofiţerului sani-

tar, tinteşte tocmai a face independent şi deci mai eficace în respectiva lor misiune, ofiţerul sanitar pe de o parte şi medicul de circumscripţie pe de altă parte.

Medicul de circumscripţie.

Reprezintă sentinela avansată a sănătăţii publice italiene, şi deci s'ar putea defini ca «unitatea sanitară bază», celula organismului sanitar italian.

Este un medic în dependenţa comunelor de care este salariat pentru îngrijirea sanitară a săracilor. Teritoriul său de activitate este «Circumscripţia sanitară», o zonă determinată din teritoriul comunei, dacă aceasta are o oarecare importanţă, sau de tot teritoriul, dacă aceasta are o întindere limitată şi în aceste comune mai mici, în care medicul de circumscripţie este unicul sanitar existent, funcţia de ofiţer sanitar şi medic de circumscripţie sunt acordate aceleaşi persoane.

Orişicum, având sau neavând misiunea de ofiţer sanitar, medicul de circumscripţie este totdeauna acela care păzeşte în teritoriul competenţei sale, starea sanitară generală în diversele sectoare de activitate.

Din punctul de vedere curativ, figura medicului de circumscripţie este aceia clasică a medicului de familie, adică a aceluia care nu e numai medic, ci e şi prieten şi consilier al familiilor din regiune, pe care el le cunoaşte de multă vreme. Medicul este acela căruia îi sunt încredinţate îndatoririle de cea mai înaltă responsabilitate morală; el este prima persoană ce e consultată în regiune pentru ori şi care fapt morbid neprevăzut sau cronic, medical sau chirurgical şi este acela care trebue să dea primul consiliu şi adesea primul ajutor. Un mare clinician italian, Augusto Murri, care a cunoscut această însărcinare prin faptul de a fi trăit-o în primii ani ai profesiei sale, a scris o operă sublimă despre acest tăcut muncitor, acela care are în casele solitare «unic martor între el şi bolnav conştiinţa sa». Această figură de sanitar a rămas nemodificată de nouile legi ale Regimului Fascist.

Medicului de circumscripţie i-au mai fost date şi alte noui misiuni în raport cu noua organizare coorporativă a asistenţei.

Noua organizare sanitară pe baze corporative, care a asigurat mai mult ca oricând asistenţa infirmilor şi incapabililor la muncă, rămânând esenţialmente inalterat Institutul circumscripţiei sanitare, a asigura asistenţa muncitorului prin mijlocul *Organizaţiei Casei de ajutor mutual în caz de boală.*

Muncitorii din industrie, din comerţ, din agricultură, varsă o minimă cotă lunară şi tot atâta dau şi patronii.

Această operă de prevedere da drept în caz de boală la asistenţa în ambulatoriu, la domiciliul sau în spital, pentru maladiile interne sau chirurgicale sau de specialitate, în sarcina Casei de ajutor a categoriei din care muncitorul face parte.

Această vastă organizare asistenţială pe baze corporative se modifică cu timpul, în sensul de a face propriile servicii mai aderente necesităţilor muncitorilor şi de a purta opera asistenţială la cea mai mare perfecţie.

Asistenţa preventivă.

Asistenţa preventivă este aceea, natural, care în noua concepţie fascistă a organizaţiei sanitare, a căpătat caracterul cel mai important.

Scopul ultim al tuturor organizaţiilor sanitare este, cum s'a mai spus, buna stare, sănătatea şi deci forţa şi potenţa poporului italian.

Este drept deci, ca axa în jurul căreia se învârteşte întregul sistem de asistenţă preventivă, să fie reprezentată de problema demografică. Intreg sistemul de dispoziţii luate pentru a reprima şi a pedepsi avorturile provocate, a opri publicitatea în jurul mijloacelor anticoncepţionale, a controla comerţul de prezervative medicale pentru sfera genitală femenină, a disciplina prostituţia printr'o riguroasă vigilenţă asupra maladiilor venerice, a proteja femeea însărcinată ce munceşte, a ajuta lehuzele, a ajuta pe născuţii din părinţi necunoscuţi sau pe nouii născuţi nelegitimi, tot acest complex de norme este condus de un unic scop: problema fortificării demografice a Naţiunii.

Din această cauză, *Opera Naţională Maternitate şi Copii*, instituită cu legea din 10 Decembrie 1925, are îndatorirea de a prevedea raţionarea creşterei copiilor săraci până la vârsta de 5 ani şi protecţia şi ajutorarea minorilor săraci abandonaţi sau prost crescuţi până la etatea de 18 ani, în afară de asistenţa femeilor însărcinate şi a celora care alăptează, operă asigurată de medicii consultanţi comunali.

Educaţia fizică şi morală a copilului dela vârsta de 6 ani este preluată de G. I. L. (Gioventu Italiana del Littorio) prin care, trecând din organizaţia Balilla, Avanguardisti şi Giovani Fascistti, se ajunge la Partid şi la Miliţie.

Munca şi prevederea.

Tânărul care a eşit din adolescenţă trece în atelier, la câmp, la munca din fabrică sau aceia a pământului, este urmărit şi păzit în mod atent din punct de vedere sanitar şi profilactic.

Lupta contra malariei este deacuma arhicunoscută, legată fiind de marea asanare Pontină, de toate celelalte opere de asanare integrală, care au salvat şi salvează o aşa mare parte din solul italian: «a recuceri pământul şi cu pământul oamenii, şi cu oamenii Rasa» (Mussolini).

In zonele neasanate încă, ţăranul şi muncitorul în genere este supus profilaxiei chininice în timp ce se lucrează intens la profilaxia antilarvară şi la protecţia mecanică a locuinţei. Speciale ambulatorii antimalarice sunt în funcţiune în aceste zone.

Alte dispoziţii reglează apărarea muncitorilor în industriile şi lucrările insalubre şi o atentă pază este dată în însărcinarea medicilor de fabrică.

In ori şi ce caz, muncitorul găseşte azi cea mai largă garanţie a prevederii asigurative. Două mari instituţii naţionale, *Institutul Naţional Fascist al Prevederii Sociale*, pentru asigurarea contra tuberculozei şi contra invalidităţii şi bătrâneţii, şi *Institutul Naţional Fascist pentru asigurarea în contra accidentelor de muncă*, oferă posibilitatea muncitorului şi familiei sale de a fi îngrijit atunci când s'ar îmbolnăvi de tuberculoză sau când i s'ar întâmpla vreo nenorocire şi, în sfârşit, de a fi liniştit în ceeace priveşte bătrâneţea sa sau incapacitatea precoce de a mai munci.

După principiile «Chartei Muncii» se va extinde încetul cu încetul asigurarea contra tuturor maladiilor (în conformitate cu acea în contra tuberculozei, care a fost prima instituită).

Lupta contra tuberculozei

Acesta este unul din cele mai mari merite ale Regimului Fascist. Lupta contra tuberculozei, deşi numără puţin mai mult de 10 ani, a adus Italia în unul din primele locuri între naţiunile din lumea întreagă în acest domeniu.

Până în 1927 puţine societăţi de iniţiativă privată, au tentat de a organiza un plan de luptă şi au primit pentru aceasta din partea Statului un ajutor de 2 milioane lire pe an.

In 1927 a fost prevăzută de *Duce* necesitatea iniţierei unei vaste mişcări

naţionale totalitare, sub o unică conducere: era necesar a se opri linia ascendentă a morţilor care în 1927 ajunsese la 65.000 pe an.

Cu un gest tipic fascist, au fost imediat promulgate două legi: aceia privind asigurarea obligatorie contra tuberculozei şi aceia privitoare la constituirea obligatorie de consorţii antituberculoase în fiecare provincie.

Aceştia sunt cei doi piloni pe care şade azi edificiul antituberculos italian.

Rezultatele după un deceniu sunt proba cea mai elocventă a eficacităţii şi a intensităţii acţiunii.

Instituto Nazionale Fascista della Previdenza sociale căruia i-a fost dată gestiunea asiguraţilor, a construit 40 de sanatorii cu un număr de 20.000 locuri pat. In dependenţa consorţilor antituberculoase funcţionează în toate provinciile circa 500 de dispensare.

Numărul morţilor a scăzut dela 60.000 la 35.000. Un mare institut pentru pregătirea medicilor s'a ridicat la Roma: «Institutul Carlo Forlanini».

Toate acestea au fost posibile numai cu încasările asigurărilor care de curând au fost extinse şi la alte categorii de muncitori şi cu încasările campaniei naţionale antituberculoase, a cărei a 10-a campanie va fi în curând începută, campanie care a dat 7 milioane la prima ei ediţie şi 23 de milioane la a 9-a.

Acţiunea de propagandă cu care s'a creat în popor o adevărată conştiinţă antituberculoasă, s'a desvoltat după directivele Ministerului de Interne, a Federaţiei Italiene Naţionale Fasciste pentru lupta contra tuberculozei, în provincie de consorţiile provinciale antituberculoase Ente constituite între administraţia provinciei şi administraţia fiecărei comune în parte, conduse de un medic director. Consorţiul desvoltă acţiunea de propagandă, de profilaxie şi de asistenţă prin dispensare. Pentru această activitate este controlat de Biroul Medical Provincial, care îi coordonează acţiunea cu celelalte instituţii sanitare.

Şi lupta contra tumorilor a fost efectuată de regim cu o largheţă de mijloace şi o tenacitate caracteristică. S'au născut două mari institute, şi între acestea Institutul Regina Elena din Roma, şi Liga Contra Tumorilor. Această scurtă sinteză a tuturor organizaţiilor sanitare italiene care tind din ce în ce mai mult a căpăta o importanţă corporativă unitară, care pun buna stare şi sănătatea poporului ca postulat fundamental pentru măreţia naţiunii, este unul dintre punctele de merit ale Regimului Fascist.

NOUL SPITAL DIN MILANO

de Profesor D. MAROTTA

Noul spital din Milano a început să funcţioneze la 10 Octombrie al anului trecut. Lucrările de construcţie după proectul inginerului Maravigi (care fu înlocuit la moartea sa de inginerul Casalis) cu colaborarea profesorului Ronzani pentru partea medicală şi a arhitectului Arata pentru partea artistică, au fost începute în 1933 şi au fost deci duse la sfârşit în circa 7 ani.

Operă grandioasă, cubajul complect al edificiilor fiind de 800.0000 m. c., distribuit pe o întindere de 350.000 m. p., care a costat până acum 110.000.000 lire (circa 1 miliard lei), cuprinse fiind şi instalaţiile terapeutice cele mai moderne, nu a apăsat cu nimica pe contribuabili; nici un ajutor nu a fost cerut Statului, provinciei sau comunei Milano. Circa un sfert din cheltueli au fost suportate de Eforia Spitalelor, iar restul, 3/4 din total, au fost acoperite de donaţiile şi legatele testamentare ale cetăţenilor generoşi. Numărul paturilor fiind de cca. 1900, cheltuiala raportată la fiecare pat, se ridică la cca. 60.000 lire, sumă desigur nu prea mare dacă se ţine seama că în noul spital, în afară de paturi şi servicii proprii, a fost construit un edificiu special de spălătorie şi de desinfectare, care serveşte tuturor spitalelor dependente de eforie (circa 4500 paturi) şi că vor fi amenajate ambulatorii pentru toate specialităţile, ajutorul de urgenţă cu sălile sale speciale de operaţie şi serviciile sale anexe, noua şcoală profesională de infirmiere, farmacia centrală care va furniza medicamente şi farmaciile sucursale dela spitalul cu pavilioane din Via Francesco Sforza, dela spitalul din Cerusco şi altora.

In noul spital se primesc şi bolnavi plătitori, la clasa II-a, servită de personalul de asistenţă comun, cu rezerve de 1 şi 2 paturi, în marile pavilioane şi la clasa I-a, într'o aripă separată a clădirii.

Cu acest nou spital, Institutele Ospedaliere din Milano, au acuma două mari nuclee spitaliceşti complecte, cu peste 1500 paturi fiecare, adică cel al pavilioanelor din Via Francesco Sfor-

Fig. 1 — Noul Mare Spital Milano. Secţia chirurgicală.

za, în parte consacrat clinicelor Universităţii Regale din Milano, celălalt cu edificiile care constituesc spitalul din Piaza del Perdono.

Activitatea asistenţială a Institutelor Ospedaliere din Milano, a găsit o raţională organizare; prevăzând şi o ulterioară liberare din funcţia universitară a circa 1500 paturi, care prin construcţia Policlinicei Universitare se vor întoarce la funcţia lor exclusiv ospitalieră.

Caracteristicele generale ale noului spital, care îl diferenţiază de proectele asemănătoare făcute în jurul anului 1930, consistă în: gruparea edificiilor, atât a celor de internare a bolnavilor, cât şi a celor ocupate de serviciile generale, care permit o economie în domeniul spezelor de regie faţă de proectele de tipul «Spital cu pavilioane» şi care a permis lăsarea în jurul spitalului a unei întinse zone verzi, aranjată ca parc aproape un

mare plămân aerator, care a însănătoşit întreg spitalul; originala concepţie a distribuirii la o distanţă apreciabilă a unuia faţă de celălalt a marelor pavilioane liniare care, deşi au 5 etaje, nu pot să-şi facă umbră

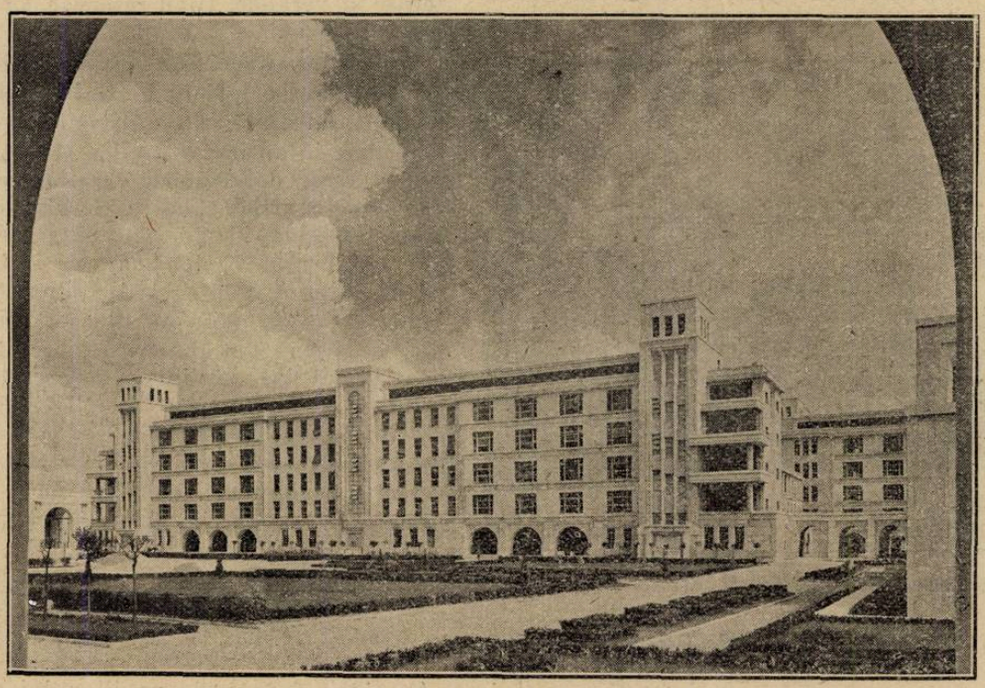


Fig. 2 — Noul mare Spital Milano Secţia medicală şi secţia bolnavilor cu plată.

unul altuia şi care, totuşi, se găsesc în acelaş timp aproape de serviciile generale; caracteristicile căi de comunicaţie cu ample portice care merg pe sub pivilioane şi care permit convalescenţilor să stea afară şi să se bucure de aerul pur şi liber, chiar în zilele urâte şi care oferă loc de aşteptare, în orele de vizită, rudelor bolnavilor; instalaţia specială de bucătărie dietetică din fiecare pavilion permite o mai bună preparare a alimentelor destinate bolnavilor şi, în acelaş timp, satisface exigenţele dietetice speciale ale diabeticilor, nefriticilor, operaţilor, etc.; reducerea numărului paturilor din saloane la un maxim de 4 sau 6, saloane care sunt bine supraveghiate de infirmiere fiind şi practic grupate, astfel ca să constituiască secţii spitaliceşti a 30 de paturi în medie, fiecare, secţie care, între altele, sunt aliniate pe etaj pentru a trage cel mai mare folos din rotaţia personalului de asistenţă.

Trecând la descrierea sumară a fiecărui edificiu, vom începe cu Palatul Intrării, ce priveşte înspre Piazza del Perdodo. In mijlocul faţadei se află un baso relief de marmoră reprezentând Vestirea Maicii Domnului, iar de o parte şi de cealaltă două baso reliefe reprezentând: unul, pe Francesco Sforza şi Bianca Maria, făcând donaţia pentru construirea Spitalului cel mare şi, celălalt pe Sfântul Carlo Boromeo care dă bula ertării deputaţilor Ospedalieri. Amândouă grupurile domină două vaste fântâni decorative. Din atrium se trece la saloanele Panthelonului, destinate congreselor ştiinţifice, adunărilor şi sărbătorilor solemne ale Instituţiei.

Pe pereţi de marmoră sunt săpate numele binefăcătorilor noului spital şi es în relief, două busturi de maroră reprezentând pe M. S. Regele Imparat şi pe E. S. Primul Ministru.

Salonul, de formă dreptunghiulară, are 37,60 x 12 m. şi acoperişul în formă de semi-cilindru cu un diametru de 12 m.; în pereţi se deschid grandioase ferestre tăiate în nişte semi circulare; în spaţiile dintre ele sunt portici de marmoră care dau pe terase.

Edificiul adăposteşte şi birourile Direcţiei Medicale, ale Inspectoratului, ale Registraturei, ale Economatului, locuinţele unor medici şi preoţi, în afară de Biblioteca şi sala de lectură.

Pavilionul primirilor, Garda şi primul ajutor.

El face faţă căii principale ce duce la spital.

La demi-sol sunt diverse servicii, la parter primirea, garda şi primul ajutor, fiecare cu intrări independente şi cu toate serviciile necesare (sala de consultare, sala de operaţie, etc.).

La etajul I sunt camere pentru internarea bolnavilor operaţi la primul ajutor, precum şi două mari saloane, capabile să primească un număr de răniţi în caz de vreo nenorocire, lucru posibil într'o metropolă industrială ca Milano.

Pavilionul tratamentelor ambulatorii.

Şi acest pavilion se găseşte pe aleia principală. El cuprinde ambulatorii de medicină, chirurgie, stomatologie obstetrică şi ginecologie, pediatrie, otorinolaringologie, oculistică şi ortopedie. Bolnavii în delir, au locul lor rezervat la etajul I şi sunt izolaţi şi supraveghiaţi în mod special, având şi o intrare şi o scară proprie.

Pavilioanele de chirurgie şi medicină

Pavilioanele de chirurgie au câte 240 de paturi fiecare şi au 5 etaje, ultimul având şi o verandă. Fiecare etaj adăposteşte 2 secţiuni a 30 de paturi, una pentru bărbaţi şi alta pentru femei. In edificiul din dreapta sunt, prima şi a doua diviziune a 120 paturi fiecare, în primul şi al doilea etaj al pa-

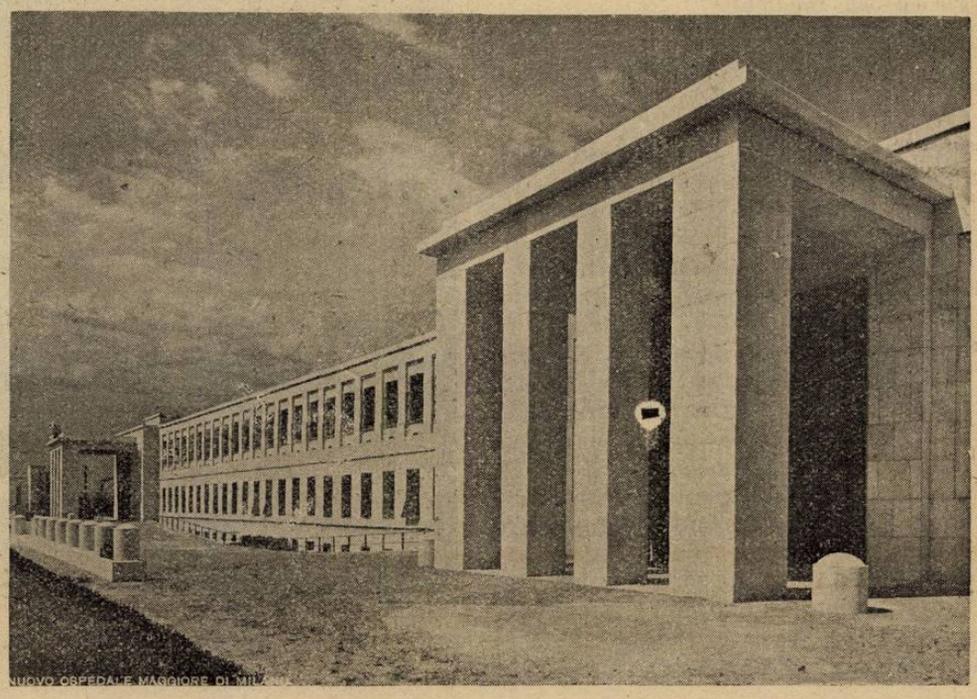


Fig. 3 — Noul mare Spital Milano, Edificiul pentru ambulatoriu.

vilionului din stânga, a treia diviziune, şi la al treilea şi al patrulea etaj diviziunea ortopedică cu tot atâtea paturi. Secţiunile sunt parcurse pe partea lor nordică de coridoare late de 3 m. şi lungi de 75 m., spre care dau locuinţele, bucătărioarele, camerile de serviciu, etc Legate cu cele două clădiri afectate chi-

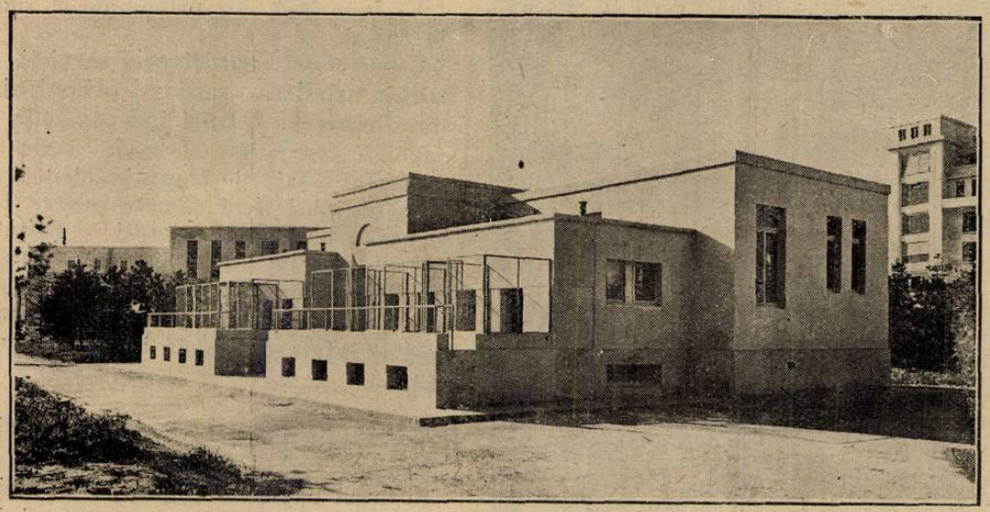


Fig. 4 — Noul mare Spital Milano Stabularium.ce.

rurgiei, sunt două pavilioane de medicină, care adăpostesc 240 paturi în dreapta şi 280 în stânga. Ca şi precedentele pavilioane, ele au câte 5 etaje; edificiul din stânga are la etajul 5 o diviziune de 40 de paturi pentru tuberculoşi. Bolnavii plătitori, atât cei din domeniul chirurgiei, cât şi cei din domeniul medical, sunt plasaţi în corpurile de clădire ce leagă pavilioanele de chirurgie cu cele medicale.

Pavilionul fizio terapiei şi radiologiei.

El este un edificiu cu 4 etaje, legat de celelalte pavilioane prin portice, iar poziţia sa centrală îl face uşor accesibil din toate părţile spitalului.

Se execută aci toate tratamentele fizice; serveşte asigurării diagnosticului.

La demi-sol este amenajată o secţie de hidroterapie. La parter se execută tratamente fizice generale (mecanoterapie, gimnastică medicală, electroterapie). La etajul I se găseşte instalat serviciul de radiologie, terapie şi diagnoză. La etajul II sunt laboratoarele generale de chimie, serologie, bacteriologie, etc., precum şi unele laboratoare destinate diverselor diviziuni spitaliceşti, în care medicii pot face cercetări directe şi analize.

Biserica centrală, alte edificii religioase ale spitalului.

In mijlocul cetăţii spitaliceşti se ridică Biserica, de formă circulară, acoperită de o cupolă susţinută de pilaştri care, în totalitatea lor, formează tamburul şi între care sunt vitraiuri artistice. La biserică se intră prin grădina spitalului pe o scară centrală şi prin două laterale; două galerii sub crane merg spre ea din interiorul celor două mari pavilioane medico-chirurgicale, astfel ca bolnavii să aibă o cale de acces acoperită. Biserica are podeaua sub nivelul străzii, cu un altar central şi două laterale, la etajul superior sunt două ample balcoane, iar, jur împrejurul bazei cupolei, este galeria corului. Templul poate primi circa 600 de persoane. In restul spitalului mai sunt trei alte edificii ale cultului, oratoriul maicelor, care face parte din clădirea mânăstirii călugăriţelor. Oratoriul Infirmierelor, în palatul infirmierelor şi al şcoalei de infirmiere, şi Capela funebră a Institutului Anatomo-Patologic.

Pavilionul de pediatrie şi chirurgie infantilă

Situat înăuntrul pavilionului chirurgical din stânga, acest edificiu are 170 paturi, distribuite în 5 etaje, ultimul cu terase şi verande, fiind rezervat copiilor sub 10 ani.

La parter, subportice, sunt serviciile şi bucătăria specială dietetică. Primul şi al doilea etaj adăpostesc diviziunea de chirurgie infantilă; al treilea şi al patrulea etaj, diviziunea de pediatrie. Edificiul cuprinde pentru fiecare secţiune câte un loc special de punere sub observaţie şi de izolare pentru copiii de curând internaţi şi cari sunt bolnavi de maladii infecţioase. Imediat ce a fost pus dignosticul, copilul este trecut la secţiunea respectivă. Sunt săli speciale pentru copiii cu doică, săli de joc, etc. Pentru copiii care pot eşi afară, este o grădină, separată de aceia a bolnavilor celorlalţi, care le permite să se joace, să facă gimnastică.

Pavilionul obstetricei, ginecologiei şi oculisticei.

Se ridică în spatele pavilionului de medicină din dreapta şi are 190 paturi, distribuite în 5 etaje.

Primul şi al doilea etaj adăpostesc serviciul obstetrico-ginecologic, al treilea şi al patrulea, serviciul de oculistică, al cincilea, secţia de izolare obstretică.

Bolnavii dela serviciul de oculistică, care în genere pot umbla, au la dispoziţiia lor, alei rezervate în parc.

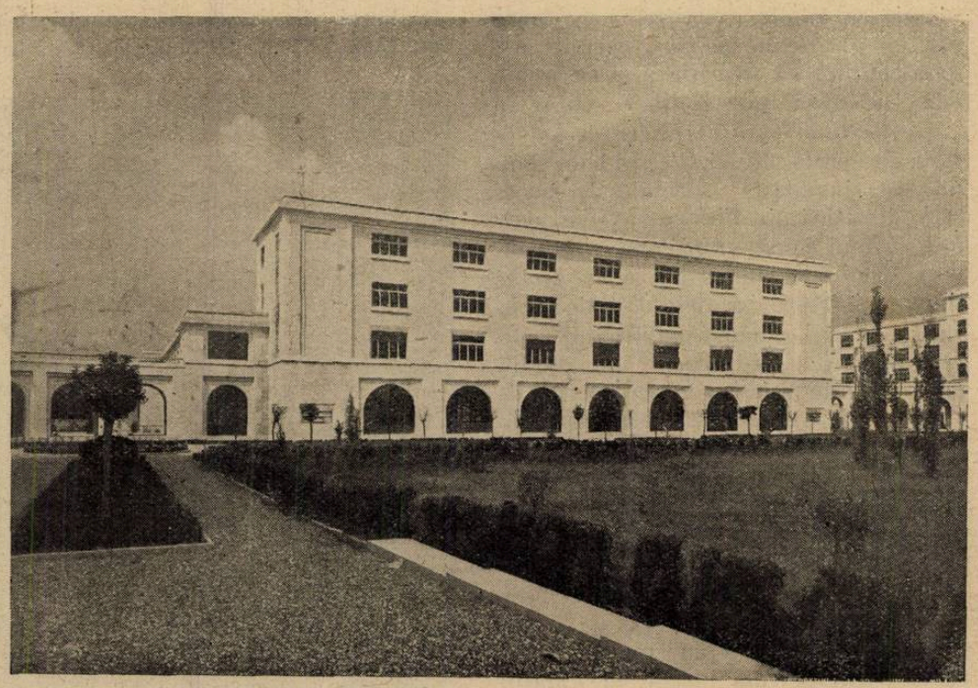


Fig. 5 Noul mare Spital Milano Edificiul Serviciilor Generale.

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză ouabainã sensibilizează miocardul la digitalinã permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^1/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^2/_{10}$ mg. ouabainã crist. Doza mijlocie: 20 — 30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI
IRITAŢIUNI CUTANATE • ULCERE

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. şi Talc

TUB MIC, MARE ŞI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ŞI TALC

ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANŢĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELITE

Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. ŞI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREŢIUNILE

IRITAŢIUNI SUPERFICIALE
TRANSPIRAŢIE
TOALETA SUGARILOR

CUTII METAL MICI ŞI MARI ŞI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Şerban Vodă 41, Bucureşti

Efectele dovedite ale preparatelor

„ANIMASA“

ANIMASA

la Arterioscleroză şi Hypertensiuni medii

1 tabletă = 0,05 Extract de intima şi media precum şi elementele constitutive ale sângelui 3 x pe zi 1—2 tablete

ANIMASA FORTE

la Hyerptensiunile mari, angina pectoris şi arterioscleroză înaintată.

1 tabletă = 0,1 Animasa 0,005 Jod, 0,015 bromalbumină şi 0,001 nitoglicerină 3 x pe zi 1 tabletă

ANIMASA INJECŢII

la Hypertensiunile rebele

1 fiolă de 1,1 ccm. = 0,5 Animasa, 1,0 sânge proaspăt, 0,5 Extract de ficat. 3 x pe săptămână 1 fiolă în tratament combinat cu Animasa Forte.

1) Scăderea durabilă a tensiunei.

2) Ameliorarea rapidă a fenomenelor subiective.

3) Ameliorarea funcţiunilor inimii.

4) Relaxarea puternică a vaselor sanguine precum şi diureza accelerată.

5) Agumentarea capacităţii fizice şi intelectuale

ORGANOTHERAPEUTISCHE WERKE G. m. b. H. Osnabrueck

Literatură şi eşantioane:

„SANOFORM“ BUCUREŞTI I, CĂSUŢA POŞTALĂ 34.

Telefon 4.27.07

LABORATORUL DE PRODUSE FARMACEUTICE «Dr. RECORDATI» S. A.

CORREGGIO — ITALIA

Spasmele muşchilor netezi (colite acute şi cronice, colite uterine, nefritice,) colite hepatice, constipaţia spastică.

ANTISPASMINA COLICA

Pilule keratinizate 2—4 pe zi

Analeptic, Cardiotonic, Antiastmatic

CANFIDROL

Fiole şi Picături

Fiole: 1 — 2 c.c. de mai multe ori pe zi
Picături: 20 picături pe zi de 2 — 3 ori

Antispasmodic — Antihemoroidal

FEST SUPOZITOARE

(FEr STiptic)

La nevoie: 2 — 3 pe zi

In toate maladiile ficatului, dispepsie, cyroză calculi hepatici, icter cataral, colecistite.

SOLVOBIL

Pilule

3 — 6 pe zi

Literatură şi mostre medicale la: **Agenţia Română Franceză** Strada Constantin Moroiu 28

Telefon 3.57.87 — Bucureşti I

Edificiul serviciilor generale.

Este o mare clădire dreptunghiulară, de 5 etaje. La dreapta este bucătăria, la stânga, farmacia, la etajele superioare locuinţele personalului femenin. Bucătăria centrală nu este prea mare, căci fiecare pavilion are bucătăriile sale dietetice speciale. Ea este dotată, între altele, de o instalaţie specială de aerisire pentru eliminarea aburilor dela mâncări. La demi-sol sunt încăperile pentru conservarea alimentelor, pasteurizarea laptelui, etc.

Farmacia funcţionează, după cum am mai spus, ca centrală a Institutelor Ospedaliere şi furnizează farmaciilor sucursale. Ea este în stare de a executa până la 1.500.000 reţete pe an, graţie instalaţiilor sale foarte moderne. Ea ocupă trei etaje şi se compune dintr'un dispensar central cu birourile direcţiei şi cu sălile de expediţie şi distribuţie; un laborator farmaceutic destinat preparării şi expediţiei medicamentelor lichide, ce are ca anexă o instalaţie frigoriferă, un laborator unde se prepară toate soluţiile antiseptice şi pentru uzul extern. Incăperi special amenajate sunt rezervate serviciilor de spălare, sterilizare ale sticlelor comune şi de laborator, ale fiolelor şi depozitului de baloane de oxigen comprimat cu bidoanele şi aparatura lor specială. Urmează laboratoarele şi magaziile; un laborator galenic; o magazie principală cu anexatele sale laboratoare de fizică; diverse magazii pentru păstrarea medicamentelor voluminoase şi a materialului de pansare; magazia de sticlărie, depozitul de droguri ce vin prelucrate cu maşini speciale; depozitul apelor aromatice; depozitul de medicamente gata şi confecţionate destinate sucursalelor; etc. Mai este aci şi laboratorul de chimie, cu o odaie pentru cântarele de precizie, cu microscop şi aparate ştiinţifice; laboratorul pentru prepararea reactivilor, soluţiilor titrate şi soluţiilor colorante pentru microscopie şi bactereologie, în sfârşit, laboratorul preparatelor ipodermice.

Edificiul personalului de asistenţă

Sunt două edificii: unul pentru maici, altul pentru infirmierele diplomate şi pentru şcoala infirmierelor. In total, personalul de asistenţă se ridică la mai mult de 100 de maici, şefe de sală şi şefe de serviciu, circa 225 infirmiere şi circa 160 persoane de serviciu necalificate, acestea din urmă adăpostite în edificiul serviciilor generale. Edificiul infirmierelor, în centrul laturei sudice a ansamblului, are patru etaje şi împărţit de sus în jos, în două secţii: cea dela stânga pentru infirmierele diplomate, cea dela dreapta pentru şcoală.

Camerele sunt a trei paturi. In clădire se găseşte: o infirmerie, o sufragerie şi vaste şi luminoase săli de lucru şi de odihnă. Edificiul maicilor constă dintr'o biserică internă, de care am mai pomenit şi în alt loc, diferite săli, dormitoare, bucătărie. Biserica are o grădiniţă care mai inveseleşte puţin caracterul claustral şi recules al acestei mici şi foarte moderne mânăstiri.

Institutul anatomo-patologic.

Este situat în unghiul sudestic al ansamblului şi este format dintr'un mare demi-sol în care sunt camerele de observaţie şi de depozit; un parter ocupat de serviciul de autopsie, localul pentru serviciul mortuar, biserica, capela şi crematoriul, portice pentru familiile defuncţilor, o piaţetă pentru cortegii funebre, etc. La etaj sunt laboratoare ştiinţifice.

Edificiul serviciilor technice. (Centrala termică, spălătorie, etc.).

A fost conceput şi el în stil modern.

Are o vastă şi bine utilată spălătorie, care serveşte tuturor spitalelor gestionate de Eforia Institutelor Ospitaliere circa 4500 bolnavi, plus personalul de serviciu.

Spălătoria, capabilă de a spăla până la 15.000 kgr. albituri pe zi, este formată din încăperi pentru primirea materialului, trierea şi macerarea, un amplu laborator cu spălător şi hidroextractor mecanic, o sală pentru uscat şi călcat mecanic, o magazie specială, etc. Acest complex ocupă parterul din partea centrală, iar la stânga este atelierul de saltele şi la dreapta, staţiunea de desinfectare.

La mezanin se găsesc încăperile destinate atelierului pentru reparearea albiturilor, confecţionarea de lingerie, sufrageria personalului.

La etajul I, este instalată garderoba cea mare şi, într'un corp din spatele edificiului, se găseşte grandioasa centrală termică, ce serveşte întregul spital.

Pavilionul de punere sub observaţie şi de izolare.

El se ridică în marginea extremă a laturei de nord-est a grădinei, departe de celelalte edificii. Are 3 etaje şi 60 paturi. Grădina este aici în aşa fel împădurită, în cât edificiul este ascuns.

Fig. 6 Noul mare Spital Milano Pavilionul de Izolare.

Stabularium-ul, garajul, atelierele.

Nu departe de Institutul Anatomo patologic, este situat stabularium-ul, mic edificiu destinat animalelor de experienţă. Pe latura sudică a complexului, lângă pavilionul primirilor, se găseşte garajul autoambulanţelor, autocarelor, automobilelor samtare ale spitalului, atelierele pentru toate serviciile auxiliare şi serele.

In ceeace priveşte echipamentul şi alte instalaţii generale, pomenim numai că spitalul are: 78 ascensoare, elevatoare de târgi şi greutăţi, 200 circuite telefonice comandate de o centrală, numeroase aparate radiofonice care uşurează serviciul de asistenţă şi fac să treacă mai uşor timpul bolnavilor. Pentru fiecare bolnav internat se dispune de 400 litri apă potabilă pe zi. Centrala termică furnizează, pentru diversele servicii, apă supraîncălzită la 190° la o presiune ce poate atinge 20 Atm. şi care circulă în circuit în-

chis. Ea dă, în speciale substaţiuni termice, apă caldă pentru calorifer, apă mai puţin caldă şi călduţă, vapori, aer cald pentru instalaţiile de aer conditionat

Expunerea sudestică a camerilor bolnavilor, ca şi dimensiunile celor 3 puternice căldări de 350 m. c., caracteristicile paturilor, ca şi calitatea veselei şi tacâmurilor, dispoziţia verandelor pentru cura de aer ca şi dotaţiunea cu 22 truse complecte pentru operaţiile chirurgicale şi obstetrico-ginecologice, fiecare lucru în parte, cât de mic şi cât de mare, a fost obiectul unui studiu atent şi unei alegeri atente.

Semnalizarea sonoră a fost peste tot înlocuită cu acea luminoasă; surorile şi infirmierele au semnalizatoare de buzunar, adaptabile la speciale prize electrice, astfel ca la orice chemare să paotă răspunde de oriunde s'ar găsi; cadrul ferestrelor este împărţit în 9 secţiuni, pentru a facilita schimbarea aerului în manierele cele mai diverse, iar unghiurile şi colţurile au fost rotunjite pentru a face curăţirea mai uşoară.

Multe alte prevederi au fost studiate şi luate pentru ca ordinea, disciplina, diligenţa şi higiena cea mai perfectă să domnească peste o populaţie de 2.500 persoane, câte va număra în plină activitate, ca îngrijiţi şi îngrijitori, «*Noul spital cel mare*» care, cu organizaţia sa tehnică extrem de modernă, este între cele din prima linie a reînoitei Organizaţii Ospitaliere a Italiei Fasciste şi Imperiale.

INSTITUTUL SANATAŢII PUBLICE

Roma, Viale Regina Margherita 299

de Profesor D. MAROTTA

In zona cetăţii universitare, pe o întindere de circa 13.000 m. p., între Viale Regina Margherita, Via del Castro Laurenziano şi Via Tiburtina, se ridică Institutul Sănătăţii Publice voit de Duce, ce este una din cele mai impunătoare realizări ale regimului, atestând înalta concepţie, ştiinţifică şi practică ,despre raporturile dintre higiena publică şi necesităţile cetăţeneşti.

Fig. 1. — Institutul Sănătăţei Publice.

Institutul este compus dintr'un corp principal de clădire de circa 156 m. lungime şi 38 m. înălţime la care se ajunge pe o frumoasă scară dinspre Viale Regina Margherita şi din trei corpuri retrostante care delimitează trei ample curţi interioare. Forma sa şi aceea a celorlalte corpuri, este în strâns raport cu distribuirea diverselor laboratoare şi servicii, precum şi cu organizarea întregului ansamblu.

In partea din faţă a clădirii principale, limitată de două turnulete, sunt plasate toate serviciile direcţiei şi cele g-rale, comune tuturor laboratoarelor. In corpul de clădire central retrostant, care se găseşte vis-à-vis de intrarea principală a edificiului, îşi are sediul Şcoala. Se găsesc suprapuse patru saloane. Acela dela parter amenajat în amfiteatru, cu masă de experienţă şi cu toate accesoriile pentru orice fel de lecţie, este independent faţă de celelalte servicii rămânând totuşi în legătură cu ele pentru a putea aduce aci tot ce ar fi necesar. Aula Magna, dela primul etaj, are o instalaţie complectă pentru proecţii şi cinematograf sonor. Pe deasupra ei este salonul microbiologiei şi, în sfârşit, la etajul III, salonul aranjat pentru lucrările practice de chimie.

Edificiul este dotat cu cele mai moderne instalaţii technice pentru a satisface nu numai actualele necesităţi, ci şi pentru a permite o ulterioară mărire. Din dimensiunile instalaţiilor rezultă următoarele date:

Lungimea conductei de apă rece şi

Fig. 2. —Institutul Sănătăţei publice. Sala de microscopie.

In turburări nervoase funcţionale şi organice

Neurastenie

Histerie

Insomnie

NEUPON DR. WANDER

Sirop şi drageuri

Regenerează ţesuturile nervoase şi
Calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos

Migrenă

Dureri de cap

Nevralgii

KARIL DR. WANDER

Tablete

Acţiune promptă

Nu conţine narcotice

Nu produce obişnuinţă şi efecte secundare neplăcute

Desinfectant intern al aparatului uro-genital

VESTIN DR. WANDER

Drageuri Fiole injectabile Pulbere

Antiseptic colorant pe bază de Fenilazodiaminopiridină.
Acţiune bactericidă intensă asupra gonococului, colibacilului, etc.

Uretrite

Cistite

Pielite

Bacteriurie

Mostre şi literatură trimite la cerere:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

NEOHEXAL

(acid sulfosalicilic + hexametilentetramină

In infecțiunile genito-urinare
In infecțiunile generale (gripe, etc.)
Ușor solubil
Neiritant
Desinfectant puternic

J. D. Riedel - E. de Haën A.-G. Berlin-Britz
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek,
București III. Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

VITAMINĂ **B1**

BETABION

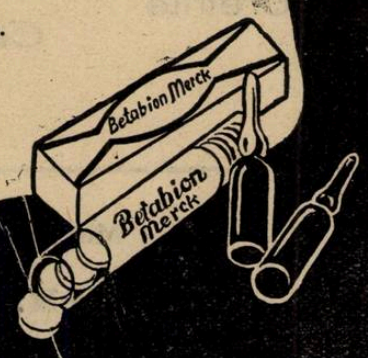
Merck

= vitamină B_1 pură cristalizată (Aneurin)

In nevrite și nevralgii, vomismente ale gravidelor, migrene, gută, etc.

TABLETE de 0,001 g.
FIOLE de 0,002 g.
„FORTE" fiole de 0,010 g.

E. MERCK — DARMSTADT
Reprezentanța generală: Chimiroman,
Farmacist Liviu Bancu,
București I., Str. T. G. Masaryk No. 32



caldă, gaz aerian, canalizare, încălzire, este de circa 34.000 m. l., cupolele de aspiraţii sunt în număr de 130. Instalaţiile electrice, împărţite la 160 de tablouri de comandă şi de distribuţie de energie electrică, au un total de 108.000

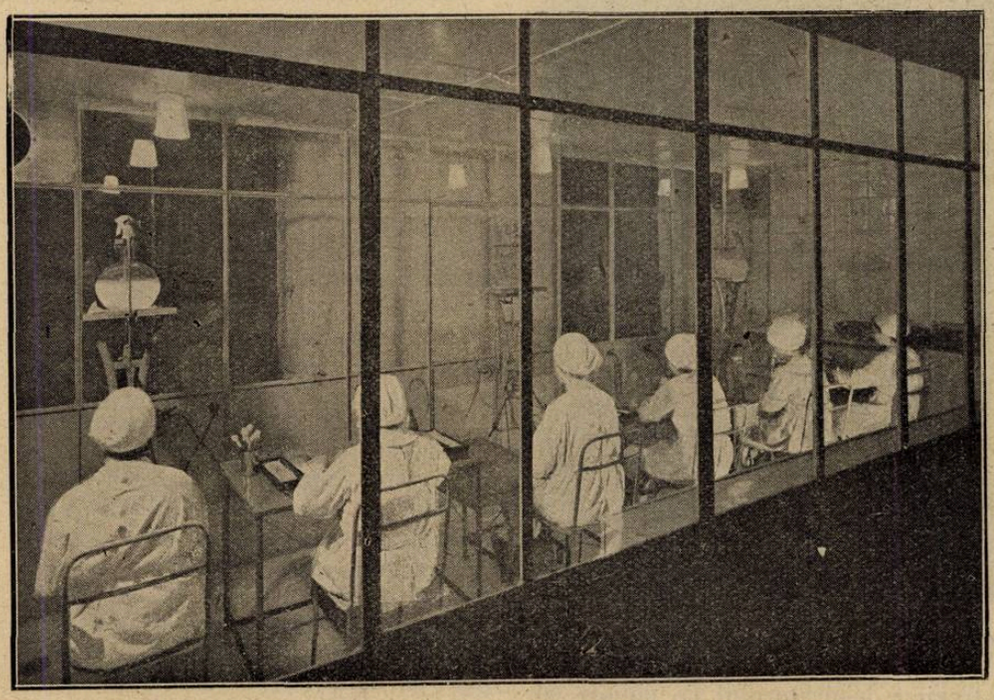


Fig. 3. — Institutul Sănătăţei Publice. Laboratorul de Bacteriologie.

m.. din care cel puţin 35.000 m. acoperiţi în tuburi de oţel sau fulaxită.

Activitatea institutului, vastă şi multiformă, îmbrăţişează largi dommenii ca: analiza şi controlul, cercetare ştiinţifică, producţia, învăţământul.

Intr'adevăr, este de competenţa acestui Institut controlul unei întregi serii de preparate de felul arsenobenzolilor, vitaminelor, hormonilor, enzimelor, serurilor, vaccinurilor, anatoxinelor, specialităţilor farmaceutice înainte ca ele să fie puse în circulaţie sau în comerţ.

Pe lângă aceasta, prin analizele de revizie, Institutul controlează analizele a 94 laboratoare provinciale, execută cântăriri de radium, inspectează instaţiile radiologice, examinează proectele de construcţie ale operelor de higienă, etc.

Pentru a avea o idee despre producţia ştiinţefică a Institutului, este suficient a trece în revistă dările de seamă care se publică în fiecare an în circa 1200 pagini.

In acestea, figurează importante cercetări experimentale făcute în diversele laboratorii şi cursurile care, în fiecare an, sunt chemaţi a le ţine oamenii de ştiinţă italieni şi străini, la Institut asupra chestiunilor ştiinţifice de actualitate.

Rolul didactic se pune în evidenţă prin cursurile anuale ţinute infirmierelor şi asistentelor sanitare ale Crucii Roşii italiene. Au fost ţinute cursuri practice pentru medicii coloniali, destinaţi Africei Italiene, şi pentru medicii provinciali. Aceste cursuri sunt ţinute independent de acelea ţinute de personalul calificat pentru libera docenţă.

Institutul cuprinde următoarele laboratorii şi secţii:

Fig. 4. — Institutul Sănătăţei Publice. Laboratorul de Chimie (pentru analiza produselor alimentare).

1. Bacteriologie; 2. Biologie; 3. Chimie; 4. Epidemiologie; 5. Fizică; 6. Inginerie sanitară; 7. Malariologie; 8. Biblioteca; 9. Muzeul; 10. Secretariatul didactic; 11. Biroul chestiunilor generale şi al personalului; 12. Economatul.

Nu lipseşte o secţie de desen şi fotografie. Institutul mai are şi următorele ateliere: mecanica de precizie, lemnărie, instalaţii hidraulice, electricitate.

Institutul este pus sub diercta dependenţă a Ministerului de Interne. El este condus de prof. Domenio Marotta. Fiecare laborator este condus de un şef.

* * *

Destinaţia încăperilor este următoarea: în subsol, care este luminos şi sănătos, sunt instalate depozitele, încălzirea centrală, istalaţia de confecţionare a aerului, stabularium-ul pentru micile animale de laborator.

La demi-sol: la mijloc este depozitul de cărţi al bibliotecii care posedă azi cca. 30.000 volume şi o colecţie completă de peste 400 reviste din toate ţările lumii, obţinute prin schimb, oferire sau abonare; în aripa laterală stângă este muzeul; în acea din dreapta sunt camerile de păstrare a Radium-ului şi cele pentru preparaţia emanaţiilor; atelierele de precizie, precum şi centrala electrică a laboratorului de fizică.

La parter se găsesc: în centru birourile bibliotecii, fişierul şi distribuţia, legătoria, etc., amfiteatrul pentru lecţii, de care s'a vorbit, şi care se află în acelaş plan cu grădina retrostantă edificiului şi în care se poate pătrunde şi din Via del Castro Laurenziano; în aripa stângă laboratorul de inginerie sanitară; în aripa dreaptă laboratorul de fizică.

La etajul I, la mijloc este intrarea cu, în imediata ei apropriere, sălile direcţiei, în fund laboratorul de biologie; la stânga sala mare de lectură a bibliotecii şi biroul secretaria-

tului didactic; în fund laboratorul de malariologie. In corpul de clădire central retrostant, care se găseşte în

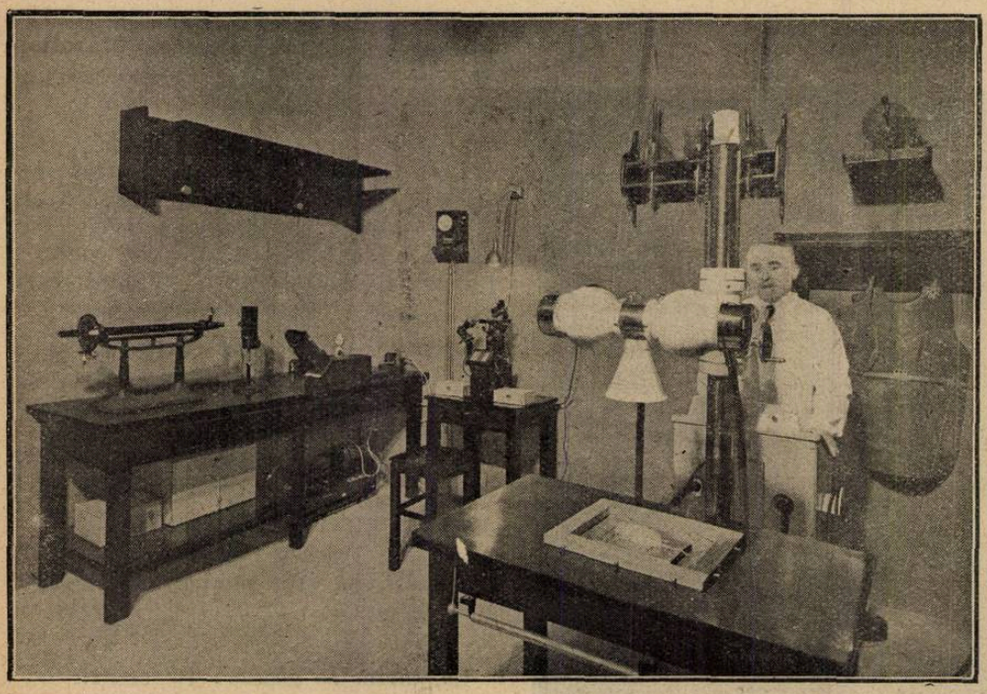


Fig. 5. — Institutul Sănătăţei Publice. Laboratorul de Biologie (instalaţie Radiologică).

faţa intrării principale, este Aula Magna.

Etajul II: aceste etaj este destinat în întregime laboratorului de bacteriologie şi veterinară, cu anexata sa fabrică de vaccinuri mixte Castellia-

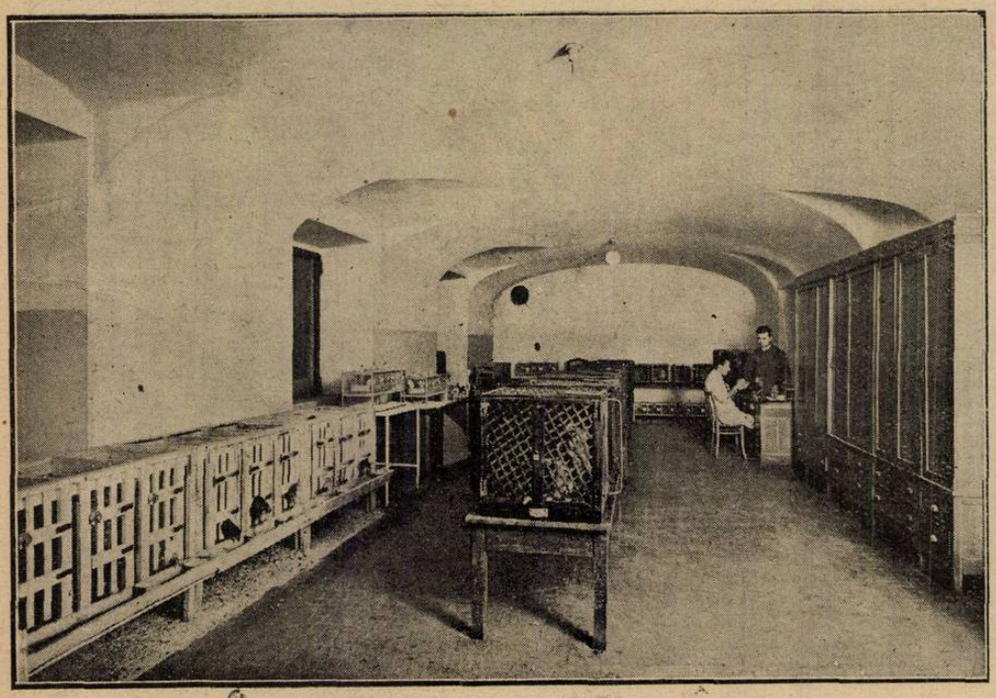


Fig. 6. — Institutul Sănătăţei Publice. Laboratorul de malariologie (experienţe pe animale).

ni şi de ser antipolimielitic. Acest laborator este şi depozitul central de modele tip de seruri, se îngrijeşte de conservarea lor şi de distribuirea lor ladiversele laboratorii naţionale care le cer; în laboratorul de biologie sunt depozitate modelele tip de vitamine şi hormoni.

Etajul III: Acesta este destinat în întregime laboratorului de chimie cu anexele sale: moara, cuptorul şi bucătăria experimentală.

Etajul IV: Aici sunt laboratoarele de epidemiologie„ birourile administraţiei, secţia fotografică.

Etajul V: In centru se găseşte o grandioasă galerie pentru expoziţii şi prezentări de materiale; în turnurile laterale: la stânga marile aule, pentru desenatori şi la dreapta instalaţiile pentru producerea substanţelor radioactive artificiale.

ASANAREA INTEGRALA IN ITALIA

de GIOVANNI VOLPE

Atunci când, realizată fiind unitatea Regatului, s'a făcut, între altele, şi o inventariere serioasă şi generală a situaţiei agriculturii Italiene, tabloul a apărut destul de prost şi deosebit de aceea ce italienii şi străinii au prezentat înainte ca fiind ţara binecuvântată de D-zeu, «Grădina Europei». Italia apărea din punct de vedere agricol săracă şi prezenta probleme a căror soluţionare părea foarte dificilă.

Cum se explică această diferenţă de păreri, mai ales marcată între prima şi a doua jumătate a secolului trecut? Este îndeajuns să amintim caracteristicile evoluţiei agrare Europene, pentru a putea înţelege acest lucru. Până aproape de începutul secolului XIX aproape întreaga Europă avea o agricultură înapoiată, extensivă, săracă. Nu este de mirare că, în sec. XVIII şi începutul sec. XIX, agricultura italiană, cu marea sa varietate de produse, cu admirabila organizaţie a unor zone sau regiuni, cu viguroasa viaţă a multelor sale instituţii născute din trunchiul antic, sau produse de acţiunea reformatoare a principiilor sec. XVIII, să se afle în fruntea agriculturii europene. Amintim însă cu ce rapiditate se desvoltă după acea şi agricultura în întreaga Europă Occidentală. Nu este de mirare că Italia, împărţită din punct de vedere politic, străină de marile curente ale comerţului mondial, lipsită de acele materii prime cari în alte părţi serveau ca bază în desvoltarea marelor industrii şi ale căilor ferate, deci săracă de capitaluri, a rămas în urma altor ţări din Europa Occientală (excepţie făcând, poate, Spania) în ceeace priveşte desvoltarea agriculturii.

Această întârziere sau inferioritate — reală, a se ţine seama, mai mult pentru întreaga ţară decât pentru fiecare zonă în parte — este de explicat, în afară de motivele de ordin istoric şi general economic, prin caracteristice de ordin technic. Problemele de ordin technic ce se cereau rezolvate în Italia, pentru a îndrepta pe baze solide şi largi procesul de intensificare a agriculturii, erau — în cea mai mare parte din cazuri — cu mult mai complexe şi mai vaste decât acelea ce se puneau în alte părţi. Deplina valorificare a câmpiilor sale, acoperite de ape iarna şi aride şi malarice vara, putea fi efectuată numai printr'o dublă operă, condusă deodată şi după concepţii vaste, de drenarea apelor şi de irigaţiune. Colonizarea şi

Un progres de mare importanţă în tratamentul

afecţiunilor streptococice

reprezintă introducerea preparatului

PRONTOSIL

Indicaţiuni:

Septicemie, septicemie post partum şi abortum, otite medii, angine, erisipel, cistite, pielite, artrite, meningite.

Profilactic înaintea operaţiunilor şi naşterilor supuse infecţiunilor.

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN

Reprezentanţa pentru România: **ROMIGEFA S. A. R.** Bucureşti Str. Brezoianu 53

LITERATURĂ

PRONTOSIL

Z. Urol. Chir. und Gyn. 1937, nr. 42, pag. 354

18 femei şi 17 bărbaţi cu cistite şi cistopielite acute şi subacute au fost trataţi cu Prontosil. Doza zilnică de 2 tablete Prontosil a limpezit şi a sterilizat urina, deseori după 3, în medie după 5 zile.

Med. Klin. 1937, nr. 20, pag. 674

Prontosil şi Prontosil solubile dau rezultate admirabile în multe infecţiuni grave ale căilor urinare indiferent de specia microbiană (coci, infecţiuni mixte, bact. coli). In general s'a dat de 2 ori pe zi câte o tabletă după mese sau zilnic o injecţie de Prontosil intramuscular. După 2—3 zile dozele au fost micşorate la câte $^1/_2$—$^1/_4$ de comprimat, respectiv o serie de injecţii de 2—3 zile.

Med. Klin. 1937, nr. 3, pag. 95

Pentru a obţine o defervescenţă în formele pure de cistită şi cisto-pielită, se poate observa scăderea temperaturei de obiceiu după câteva zile prin Prontosil în doze de 3 ori pe zi o tabletă. Simptomele dispar tot aşa de repede. Nu s'a observat niciodată în timpul tratamentului cu Prontosil fenomene de intoleranţă. Tocmai în cazurile grave Prontosil a dat cele mai bune rezultate.

M. M. W. 1936, nr. 49, pag. 2014

Până acum au fost tratate 14 fete şi anume 2 sugaci, 8 copii mici şi 4 eleve, toţi cu pioree colibacilară, obţinându-se depline succese cu Prontosil. Analiza normală a urinei s'a obţinut prin tratamentul cu Prontosil tablete (până la 4 ani zilnic 3 (4) ori 0,15, la copii mai mari până la de 3 ori 0,3 gr.) în 5 până la maximum 20 zile.

Med. Welt 1937, nr. 19, pag. 660

In pioreea infantilă Prontosil asigură o ameliorare rapidă, după 14 zile urina a fost sterilă. Recidivele se pot evita prin tratament destul de îndelungat cu Prontosil.

LITERATURĂ

TORANTIL

Dtsch. Med. Wschr. 1938, nr. 10, pag. 338.

Acţiunea terapeutică a Torantil-ului constă în proprietatea sa de a distruge histamina din intestin, prevenind astfel intoxicaţiunea. Intre afecţiunile alergice s'au obţinut rezultate bune cu Torantil în urticarie, edemul lui Quincke, colite mucoase precum şi în diferitele simptome de autointoxicaţie, în afecţiunile tubului digestiv, mai ales în colite. După experienţele noastre tratamentul cu Torantil în aceste afecţiuni, care pun la grea încercare atât răbdarea medicului cât şi a pacientului, reduce într'o mare măsură cota recidivelor tardive.

Dermat. Wschr. 1938 nr. 25, pag. 693.

In cazuri de acnee determinate de cauze alergice, bolnavii mai uşor au căpătat Torantil drageuri, bolnavii mai gravi Torantil în injecţii (12—15—20 injecţiuni). Apoi timp de 2 săptămâni de 3 ori pe zi câte 2 drageuri mai târziu de 2 ori câte 2 drageuri. Rezultatele au fost surprinzătoare. In majoritatea cazurilor s'a observat ameliorare după a 4-a — 5-a injecţiune. Un eşec complect la aceşti 25 bolnavi dintre care 4 se mai găsesc în tratament, nu s'a înregistrat de loc. Pentru a obţine un efect de durată s'a dat încă timp de 2—3 săptămâni până la completa dispariţie a acneei 2—4 drageuri pe zi.

M. M. W. 1937 nr. 48, pag. 1902.

Dureri profuse la 2 bolnavi au încetat aproape instantaneu după Torantil; şi tenesmele au dispărut. Al doilea bolnav s'a prezentat după un an cu o uşoară recidivă, care a cedat prompt la Torantil. Intr'un caz de colită foarte gravă la o femeie de 27 ani Torantil a dus repede la ameliorare.

Monatsschrift. für Kinderheilkunde, 1938 nr. 4, pag. 364.

52 copii cu toxicoze grave au fost trataţi cu Torantil per os sau intramuscular. 8 din 18 atinşi de toxicoze intestinale extrem de grave au fost vindecaţi. Copii au reacţionat după 3—4 ore, respiraţia devine normală, copii sug din nou. 12 copii cu simptome pretoxice au fost surprinzător de repede vindecaţi, au încetat de a striga şi neliniştea a dispărut. Vărsăturile incoercibile şi pierderea în greutate au cedat.

In tratamentul stărilor de intoxicaţie pe bază alergică şi intestinală

TORANTIL

cu acţiune antialergică şi desintoxicantă asupra histaminei

Indicat mai ales în colite, colite ulceroase, ulcer gastric şi duodenal, urticarie precum şi în astm al fânului, acnee şi astm al bronhiilor

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN

Reprezentanţa pentru România: **ROMIGEFA S. A. R.** Bucureşti, Str. Brezoianu, 53

39316. — CARTEA ROMÂNEASCĂ — BUCUREŞTI

echilibrata valorificare agricolă a vastelor, golaşelor, deşertelor zone de coline dinspre Miază-zi şi Insulelor avea nevoie de apă, de drumuri, de case, de capitaluri de cari proprietarii din cauza excesivei extensivităţi a agriculturii nu puteau dispune. Procesul agrar era subordonat în Italia de executarea în prealabil de vaste şi complexe lucrări de asanare, pe când în altă parte totul se reducea adesea la desţelenirea sau, în cel mai greu caz, la drenarea unor vaste câmpii ca apoi progresul să poată să ducă la intensa îngrăşare a solului, la culturile de plante industriale, la crescătoriile raţionale de vite şi păsări. Toate acestea reprezentau în Italia un final şi nu un punct de plecare.

În un anumit sens chiar şi în trecut, în zonele în cari agricultura italiană părea mai înfloritoare — dela orezăriile lombarde, la viile piemonteze şi toscane, la culturile de flori ale Liguriei, la pomeţurile siciliene, — a fost nevoie de a se «edifica» aproape pământul printr'o muncă imensă care se poate, pe derpt cuvânt, numi asanare; dar acuma fenomenul interesa massa şi pentru a-l înfrunta era absolut necesară o acţiune organizată şi de ansamblu a agricultorilor, de intervenţia Statului, de capital, de formarea unei technice adaptată la diversele condiţiuni locale. Chiar dela început problema asanării se punea ca o activitate esenţială şi normală a Naţiunii, dar până a se ajunge la recunoaşterea acestui adevăr, au trebuit să treacă decenii, o largă producţie legislativă şi o întărire a puterii Statului, aşa cum nu se putea concepe în prima epocă «liberală» a Statului italian. Se poate spune că şi procesul asanarii, ca şi multe altele în evoluţia economiei italiene, a fost pedeplin rezolvat numai după instaurarea Regimului Fascist, în programul căruia asanarea repezenta unul din punctele cele mai principale şi mai importante.

Poate că cel mai bun mijloc pentru a înţelege caracteristicile operei de asanare italiene, este de a urmări în mod cronologic peripeţiile şi evoluţia ei; astfel se va vedea cum schimbările progresive ale legislaţiei şi din ce în ce mai puternica intervenţie a Statului îşi găsesc explicaţie în dificultăţile întâlnite şi în necesitatea politică şi socială de a înfrunta probleme din ce în ce mai vaste şi mai complexe. Acest fel de expunere ar fi, totuşi, prea lung şi nu ar face prea ordonată expunerea. Este deci mai indicat ca, după ce vor fi pe scurt expuse cari au fost problemele de înfruntat, să arătăm caracteristicile legislaţiilor, sistemelor de finanţare şi executare, ritmul execuţiei, principalele realizări şi cele mai recente desvoltări.

Cum s'a mai spus, problemele de înfruntat erau vaste şi complexe.

In mod sintetic ele pot fi astfel înşirate:

Inainte de toate se punea problema de a drena apele de pe toate pământurile de şes din Italia. Dacă această problemă se putea considera ca rezolvată pe Valea Poului, în câmpia piemonteză şi în mare parte din acea Lombardă, ea rămânea în momentul unirei o problemă deschisă şi nerezolvată, cutoate că în unele locuri ea se îndrepta către rezolvare, — în câmpia Emiliei şi în câmpia Venetă, în câmpia de coastă a Toscanei, în Campania, în Calabria, în Puglia, în Sardinia şi câte puţin în toate celelalte regiuni ale Peninsulei. Unele date pot servi, — cam cu oarecare aproximaţie — pentru a indica importanţa acestor asanări hidraulice de şes. Dacă se confruntă suprafeţele ocupate, — după Cadastrul Agricol, — în regiunea de şes din următoarele regiuni cu suprafeţele ocupate în aceaşi regiune de perimetrele asanate, în cari acestea se prezintă mai ales ca asanare hidraulică de şes, se obţin următoarele date:

Lombardia	1.108.000 ha.	210.000 ha.	19%
Emilia	1.025.000 ha.	770.000 ha.	75%
Veneto	1.238.000 ha.	500.000 ha.	40%
Toscana	237.000 ha.	140.000 ha.	59%
Lazio	226.000 ha.	196.000 ha.	86%
Campania	341.000 ha.	268.000 ha	79%

Este aproape sigur că nu ne îndepărtăm cu mult de adevăr adăugând la acestea datele altor regiuni, mai ales ale acelor meridionale, în cari, este drept, după cum vom vedea mai departe, problema este mai complexă, dacă se evaluează la circa 3.500.000 ha. (egal cu peste 50% din suprafaţa tuturor zonelor de şes din regat) teritoriu ce are nevoie de a fi asanat din punct de vedere hidraulic.

După acea, în multe din aceste şesuri se punea chestiunea unei modificări a cursurilor apelor, căci numai astfel se puteau face constante şi remuneratorii multe produse cari altfel, aproape mereu, erau periclitate sau reduse din cauza uscăciunei din vară.

In al treilea rând se punea grava problemă, a transformării agrare a vastelor regiuni de cultură extensivă din Miază-zi şi din Insule, — regiuni fie de câmpie, de coline, cât şi de munte, cari printr'un complex de cauze — istorice, climatice şi agronomice — erau menţinute într'o stare de slabă productivitate, foarte apropiată cu părăsirea.

Această problemă, deşi nu prezenta aspectele tradiţionale şi tipice, trebuia considerată ca făcând parte din problema generală a asanării.

In al patrulea rând, pentru toate aceste perimetre, se punea chestiunea cu să se aranjeze astfel ca aceste foarte costisitoare lucrări publice, să dea cât mai curând întregul lor randament, făcând ca imediat după executarea lor să urmeze transformarea agrară a teritoriului şi, dacă este posibil, chiar o operă de colonizare în întregul înţeles al cuvântului.

In al cincilea rând se punea chestiunea de a da o întrebuinţare cât mai bună posibil multelor şi vastelor complexe de coline şi de munţi, ameninţate de distrugere şi ruinare din cauza regimului desordonat al apelor, torenţilor, despăduririi, ş. a. m. d.

In al şaselea rând, ca peste tot, dar mai ales în perimetrele de asanare, unde din cauza fragmentării şi dispersiunei proprietăţilor, se năşteau foarte grave piedici în determinarea vechiilor loturi, se punea, în toată extensiunea ei, problema recompunerii proprietăţilor fragmentate.

Toate aceste probleme, astfel enunţate, sunt de o aşa natură, încât nu permit de ale înfrunta şi rezolva fără ajutorul — legislativ, technic şi financiar — al Statului şi fără ajutorul unor organe astfel create încât să facă să converge într'o singură direcţie toate sforţările interesaţilor.

In fine, o a şaptea grupă de probleme era pusă de necesitatea de a încuraja şi ajutora toate sforţările cari tind la îmbunătăţirea agrară a întreprinderilor şi fermelor, chiar cele situate în afara perimetrelor de asanare.

Am lăsat la urmă problema malarică.

Dacă astăzi astfel se pot preciza problemele asanării din Italia, aceasta după mai bine de 20 de ani de muncă, de experienţe şi de elaborare, este normal că ele nu au fost văzute cu aceaşi claritate dela început.

Deaceea în Legislaţie — după cum s'a întâmplat şi în alte ţări — au fost la început, luate în consideraţie numai unele dintre aceste probleme, ba chiar numai unele aspecte ale problemelor.

O primă lege asupra asanării, din anul 1865, a rămas, în mod practic, ineficace fiindcă era îndreptată spre disciplinarea consorţiilor de drenaj existente şi proprietatea mlaştinelor. Mai eficace este legea din 1882, purtând numele ministrului ce a elaborat-o, legea Baccarini. Ea, considerând totuşi asanarea ca pe un fapt esenţialmente hidraulic şi încrezându-se în activitatea liberă de îmbunătăţire agrară a proprietarilor, nu a fost eficace decât acolo unde aceste condiţiuni se găseau (Val. Padana şi Veneto) rămânând aproape ineficace în multe alte regiuni. In mod analog, în direcţia sistematizării muncilor, uni-

staurarea Regimului Fascist, au fost acelea din 1877 şi 1911, — prima tratând despre reînpădurire ca mijloc de reconstrucţie forestieră, iar a doua despre sistematizarea hidraulică, — dar nici una, nici cealaltă nu ţin seama de necesităţile muntenilor şi rămân, — atât din această cauză cât şi din cauza modestelor mijloace puse la dispoziţie pentru aplicarea lor, — aproape ineficace.

Deja înainte de instaurarea Regimului Fascist s'a ajuns la concluzia, atât de technicieni cât şi de însăşi organele administrative, că această legislaţie este insuficientă, păcătuind, mai ales, prin faptul că lasă departe de intervenţia regulată şi propulsoare a Statului atât vaste teritorii cari au mare nevoie de a fi asanate, cât şi importante faze din însăşi opera de asanare acolo unde ea începuse de acuma. In Legislaţia specială dedicată Agro-ului Roman şi în unele proecte de lege discutate cu puţin înainte sau după război şi-a făcut debutul o concepţie diversă despre asanare. Ea nu s'a afirmat totuşi decât cu prima Legislaţie fascistă.

Două legi promulgate spre sfârşitul anului 1923 (al doilea an al erei fasciste) aduc importante inovaţii: prima atribui Statului nu numai drenarea terenurilor mlăştinoase ci şi executarea diverselor lucrări, de ori ce fel, capabile de a face să se nască o convenienţă pentru a fi utilizate de proprietarii lor mai intensiv (sistematizarea cursurilor torenţilor în munţi şi în văi, şosele, lucrări hidraulice, lucrări şi intervenţii în lupta antianofelică), a doua luă în considerare şi disciplină în regiunea munţilor nu numai operile hidraulice şi forestiere, ci şi acelea cari ajutau ca buna regulare a apelor să fie compatibilă cu culturile înfloritoare de mai jos de păduri, mai ales în regiunea apeninică.

Şi mai importantă din cauza îndrăznelii inovaţiilor introduse de ea, fu în această perioadă legea asupra transformării funciare de interes public din 1924, care după numele promotorului, pe atunci subsecretar de Stat la Agricultură, se numi Legea Serpieri. Ea atacă problema introducerii unei noui ordine în producţie agrară pe pământurile cultivate în mod extensiv şi discontinuu. «In acest mod s'a observat că intervenţia Statului nu se reducea numai la datoria, desigur importantă dar relativ restrânsă de a salva pământurile mlăştinoase şi de a sistematiza râpele degradate, ci se interesa de o mare parte a regatului unde malaria, uscăciunea, lipsa de căi de comunicaţie însăşi slaba densitate a populaţiei se adunau una peste alta, constituind un obstacol în progresul agriculturii.

Aceste legi fundamentale — la cari se adaugă altele în scopul de a ajuta irigaţia desţelenirea cu ajutorul tractoarelor, sistematizarea terenurilor, construirea de străzi, clădirea de sate ş. a. m. d. — au condus opera de asanare până la anul 1928. Totuşi, cu toate inovaţiile introduse, ele se dovedeau a fi numai parţialmente eficace, fie din cauza relativei limitări a mijloacelor financiare alocate în această perioadă, fie din cauza multiplicităţilor lor cari provocau o piedică în aplicarea şi coordonarea lo şi care limitau timpul lor de acţiune.

Deaceea numai cu legea din 24 Decembrie 1928 — numită Legea Mussolini — se deschide adevărata eră a asanării integrale.

Legea Mussolini a fost o lege cu caracter financiar prin care se alocau, în decursul a mai multor exerciţii financiare, 7 miliarde de lire (cu o valoare/capital corespunzând totuşi la numai 4.300.000.000.— lire); dar, în articolele planului financiar ce-l continea, se prevedea executara coordonată de diverse opere cari, mai înainte, erau de domeniu a diverse legi şi se dădea posibilitatea guvernului de a integra, după necesităţi, legislaţiile în vigoare.

O alocare de fonduri aşa de importantă, creerea, după trecerea de mai puţin de un an, a Subsecretariatului pentru Asanarea Integrală (pe lângă Ministerul Agriculturii) în care se concentrau toate serviciile inetresând această activitate şi cari până acum se găseau răspândite pe la diverse Ministere, noua elaborare legislativă care se încheie prin emiterea Textului Unic de lege pentru asanarea integrală, — Februarie 1933 —, au condus puţin timp după aceea, la deplină eficienţă a întregii activităţi de asanare.

Legea din Februarie 1933, care regulează şi azi încă întreaga materie, este deci documentul definitiv şi complet care a încununat un deceniu de muncă şi întreaga experienţă anterioară.

Noua lege vine tocmai la timp pentru a substitui multiplicităţii de norme o disciplină mai clară şi mai simplă, mai ales mai uşor adaptabilă la varietatea codiţiunilor în care se aplica asanarea din Italia.

Ea porneşte dela concepţia fundamentală a diversităţi necesităţilor şi dela diversa măsură a necesităţii intervenţiei Statului, după cum interesul public cere fie o transformare radicală a sistemului de producţie, fie numai o simplă perfecţionare a acestui sistem ce există deja. In primul caz, este de datoria Statului să pună în aplicare şi să se îngrijească de îndeplinirea acestei schimbări; în al doilea caz însă, iniţiativa individuală nu se isbeşte de dificultăţi ale ambianţei şi perfecţionarea se poate lăsa în sarcina ei, având totuşi în vedere că ea trebue încurajată şi stimulată în limita în care ea serveşte interesul obştesc. Legea rezervă termenul specific de «asanare», transformării radicale a sistemului productiv, rezervând termenul de «Imbunătăţire funciară» perfecţionării sistemului productiv, şi, formând aceste două categorii bine diferenţiate, cuprinde întreaga activitate de asanare integrală în înţelesul cel mai larg al cuvântului.

Acele teritorii, în cari interesul obştesc cere radicala transformare a sistemului productiv, sunt delimitate de către Stat perimetre de asanare prin Decrete speciale şi se dispune executarea coordonată, după un plan general studiat şi aprobat din vreme ce prevede directivele transformării funciare, a tuturor lucrărilor publice necesare. Acestei acţiuni trebue, în cadrul perimetrului, să se coordoneze deasemenea şi toate sforţările terţilor interesaţi.

După cum se vede, toate limitările impuse de legislaţiile precedente, sunt astfel înlăturate; noţiunii de operă publică de diversă natură technică (uscare, irigare, sistematizare, căi de comunicaţie, apeducte), creată de legislaţia anterioară, i se substitue aceea unitară a teritoriului de transformat care admite executarea tuturor lucrărilor necesare. Proectării separate a fiecărei lucrări i s'a substituit planul general de asanare care coordonează totul în spaţiu în ordinea finanţării şi în timp. Separarea necesară sub vechea legislaţie — deşi arbitrară şi dăunătoare, — dintre munte şi şes, i se substitue delimitarea perimetrelor care, atunci când este necesar, uneşte împreună muntele şi şesul, (spre exemplu: bazinul superior şi inferior al unei ape). Lipsa de coordonare între diversele lucrări publice şi private este înlocuită de directivele relativ la transformarea funciară conţinute în plan şi de dispoziţiunile ce tind la realizarea asanării.

Asanarea este adică înţeleasă ca o transformare integrală a unui întreg teritoriu, ca o colaborare coordonată după un plan bine stabilit a tuturor forţelor operante. Termenul «Asanare Integrală» îşi găseşte astfel dreapta sa explicaţie.

Pentru a face posibilă şi eficace

conține săruri minerale importante ca: fer, sodiu, potasiu, mangan și fosfor. O rețetă care de mai bine de 60 de ani a fost prescrisă pentru satisfacție și siguranță. "FELLOWS" este un produs fabricat sub o riguroasă supraveghere și calitatea sa mereu aceiași, este garantată prin minuțiozitatea preparării sale.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
BUCUREȘTI I. — Str. Sf Ionică 8.

Vitamine Byla

AMUNINE (VITAMINA A) **Concentrație nouă:**

Soluție uleioasă per os, a 120 000 u. i. de cc. 5 până la 10 picături pe zi ⟨în loc de 20 până la 60⟩.

VITAMINE B^1 BYLA

In comprimate a 1 mgr. = ⟨500 u. i.⟩ per comprimat drageifiat.
In fiole injectabile a 2 mgr. = ⟨1000 u. i, per 1 cc. de Vitamină B^1 cristalizată.
In fiole injectabile a 1 centigram = ⟨5000 u. i.⟩ per 1 c. de vitamină B^1 cristalizată.

VITAMINE C BYLA

ACID ASCORBIC CRISTALIZAT NATURAL)

Comprimate a 50 mgr.
Fiole injectabile a 100 mgr. = 2.000 u. i. per. cc.
Fiole injectabile a 500 mgr. = 10.000 u. i. » 5 cc.

ETABLISSEMENTS BYLA
26, AVENUE DE L'OBSERVATOIRE — PARIS — 14e

BUCUREȘTI
GEORGES VERGLAS
Str. Precupeții Vechi No. 1

HYGEA

PRODUS CHIMIC ROMANESC
DE O EFICACITATE CONSTANTA
ŞI DE LUNGA DURATA

SEPTICEMII
BOLI INFECTIOASE

SULFAZOL

TABLETE

Combinaţie de Clorhydrat de Sulfamido-Chrysoidina şi
p - Aminobenzen - Sulfamida, 2 : 1.

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R.
pentru produse chimice şi farmaceutice
BUCUREŞTI Splaiul Unirii 127. — Telefon 4.22.44

funcţionarea acestui sistem se prevede, în mod normal, constituirea în fiecare perimetru — sau într'o parte din el — a unui consorţiu la care, în mod obligatoriu, trebue să adere toţi proprietarii din acel perimetru. I se încredinţează acestuia, — care capătă astfel un caracter de societate de interes public —, în afară de coordonarea activităţii consorţiale şi întreţinerea lucrărilor executate, precum şi execuţia în concesie a lucrărilor publice ce cad, în parte sau complet, în sarcina Statului. In acest mod se realizează, mult mai bine decât dacă Statul le-ar executa direct aceste lucrări sau dacă ar recurge la intermediul unor concesionari privaţi, acea coordonare şi continuitate dintre fazele, dacă se poate numi astfel, publică şi privată, faze cari sunt condiţii sine qua non ale succesului asanării.

Acestea — trecând peste alte aspecte particulare (recompunerea proprietăţilor fragmentate, lichidarea folosinţelor comune, etc.) — sunt liniile caracteristice ale legii din 1933, despre care se mai cuvine a se aminti — după cum am mai spus şi mai sus — şi marea disciplinare adusă la simplele metode de îmbunătăţire funciară. Pe când înainte aceasta a fost încurajată printr'un mare număr de legi, privitoare numai la anumite teritorii, sau la anumite lucrări, cari prevedeau acordarea de către Stat, fie de capital, fie, mai ales, sub formă de participare la dobinzile împrumuturilor contractate în acest scop. Prin noua lege sistemul contribuţiei Statului a fost unificat, lucrările cari merită a fi ajutate fiind desemnate de Minister, zonă cu zonă, ţinându-se seamă de interesul naţional pe care îl prezintă şi este acordat în mod egal lucrărilor făcute cu capital propriu sau împrumutat.

In acest fel se disciplinează şi în această direcţie şi încurajând totuşi iniţiativa particulară, se face astfel ca guvernul să hotărească acordarea ajutorului şi ca el să nu se mai facă, ca până acum, numai prin acordarea de credit. Se cuvine a se aminti că, pentru îmbunătăţiri funciare cari comportă executatea de lucrări interesând mai multe proprietăţi, s'a încurajat formaţia de consorţii de îmbunătăţire funciară care se bucură, natural, de multe avantagii.

După această lege din 1933 nu s'au mai făcut importante inovări legislative. Importantele hotărâri luate în ultimii ani (1938—1940) într'adevăr nu modifică întru nimic legea din 1933 ci numai îi precizează unele aspecte şi se întregesc unele dispoziţiuni.

Inainte de toate, cu ocazia noilor acordări de fonduri pentru anii 1938—1940 (acelea din 1928 s'au terminat în 1934—1935), s'a stabilit că, între numeroasele iniţiative de asanare, trebue să se facă o selelcţionare prin care să se ajungă la concentraţia sforţărilor şi de a completa asanarea, chiar agrară, în acele teritorii cari oferă mai repede un mare randament.

Se parează astfel acea dispersiune de mijloace şi de sforţări care s'a făcut în prima perioadă a nouei activităţi asanatoare.

In al doilea rând, lăsând mai departe indeterminată distribuirea fondurilor între diversele asanări, se fixează că sumele acordate trebue să fie cheltuite într'o anumită regiune şi pentru anumite scopuri. S'a dat astfel preferinţă, şi mai mult ca în trecut, regiunilor din Miază-zi şi Insulelor şi, pe de altă parte, asanărilor cu un caracter colonizator şi irigativ.

In al treilea rând, observându-se o funcţionare defectuoasă a connsorţiilor, mai ales în Miază-zi, unde aceste instituţii nu aveau strălucitul tecut pe care îl avea, mai ales, în Veneto, s'au luat dispoziţiuni în vederea reorganizării şi s'a dat conducerea lor unui comisar guvernamental sau s'a modificat şi s'a controlat constituţia organelor de direcţie, deasemenea, uneori, s'au contopit organele administrative cu cele technice. Pe de altă parte, în perimetrele destinate în mod special colonizării, şi în acelea unde nu se puteau încredinţa lucrările pe mâini nepricepute — fie din cauza importanţei lor, fie din cauza dificultăţilor de realizare — ele au fost încredinţate, mai ales transformările agrare şi colonizările, unor anumite societăţi, dintre cari cea mai importantă este Asociaţia Naţională a Combatanţilor, organizată în special în acest scop.

Acestea fiind spuse, — cam pe scurt, — rezultă dar funcţionarea mecanismului care duce la asanare.

După ce s'a delimitat perimetrul (şi această delimitare a fost deacum făcută, chiar dacă numai în linii mari, pentru cea mai mare parte dintre terenurile cari au nevoie şi sunnt susceptibile de asanare) opera începe atunci când decide Guvernul, ţinându-se seama de dorinţa de asanare a proprietarilor, şi, mai ales, de utilitatea pe care o avea pentru Natiune Odată decisă se constitue, dacă nu există deacuma, Consorţiul obligator al proprietarilor perimetrului si acesta pune în studiu problema şi prepară un plann în care se prevăd, la limita superioară, toate operile necesare în vederea transformării funciare precum şi rezultatele în urma acestor lucrări.

Aprobând planul şi hotărînd efectuarea lui, Statul îşi ia asupra sa 75% până la 100% din cheltuelile necesare cu executarea operilor publice necesare şi, în mod normal, adjudecă execuţia acestor lucrări însuşi consorţiului care îşi poate procura la Instituţii de Credit special constituite în acest scop, fondurile necesare. Pentru asigurarea funcţionării sale, pentru plătirea părţii din costul lucrărilor ce cad în sarcina proprietarilor, pentru asigurarea întreţinerii acestor lucrări, consorţiul percepe dela proprietari, aşa numita «Contribuţie la asanare», fixată în raport cu beneficiul tras de fieare proprietate în parte de pe urma lucrărilor de asanare, reduse la forma unor anuităţi şi exigibile în acelaş mod ca şi impozitele funciare.

Treptat, treptat ce lucrările avansează proprietarii sunt obligaţi să înceapă, să-şi completeze sau să-şi termine transformarea agrară. La cheltuelile ce se fac în acest scop, Statul participă, în medie, cu o cotă de 30—35%. Şi în acest ultim stadiu al asanării se recurge, desigur, la credit, dar este de preferat ca proprietarii să facă, pe cât posibil, aceste lucrări cu propriile lor mijloace, astfel ca să nu se îndatoreze prea mult până la sfârşit.

Ceeace am descris mai sus este calea normală. Sunt cazuri în care, totuşi, se procedează altfel. Uneori, din cauza lucrărilor de executat (de exemplu sistematizările din regiunile de munte, pe care Statul le execută pe cheltuiala sa şi pentru care are la dispoziţie organe executive speciale, ca Geniul Civil şi Miliţia Naţională Forestieră), Statul execută direct lucrările, fără a mai recurge la metoda concesionării. Uneori, mai ales în trecut, s'a recurs la concesionarea lucrărilor societăţilor capitaliste. In ceeace priveşte transformările agrare, în cazuri mai dificile — adică atunci când transformarea era mai puţin convenabilă proprietarilor sau contrastul dintre interesul particular şi cel al Statului — era mai acut — s'a recurs, după cum am mai spus, la societăţi specializate în colonizări, — societăţi cari au căpătat în acelaş timp şi concesiunea executării lucrărilor publice şi cari au executat apoi şi transformarea terenurilor pe cari proprietarii lor nu erau capabili sau nu intenţionau să le transforme — sau la exproprierea acelor proprietăţi, contra plătii valorii lor. (Legea prevede că însăşi consorţiile se pot substitui proprietarilor care nu se ocupă de terenurile lor, dar această dispoziţie nu a fost practic aplicată).

După ce am văzut astfel care este legislaţia şi metoda asanării (pentru care cel mai bun comentariu îl formează cele 5 dări de seamă ale subsecretariatului de Stat dela asanarea integrală, din 1930—1935, Serpieri), cititorii se vor întreba care sunt realizările şi cu ce ritm au fost ele efectuate.

Cu ocazia primei decade a legii Mussolini, Subsecretarul de Stat dela asa-

narea integrală, E. S. Tassinari, a publicat o amplă dare de seamă a operii înfăptuite, din care se pot extrage date extrem de interesante în acest domeniu.

La 1 Iulie 1938 (aceasta este data la care se referă darea de seamă) suprafaţa perimetrelor de asanat delimitate era de 9.027.713 ha., egală cu 29% din întreaga suprafaţă a regatului, aceea a bazinelor de munte de sistematizat (neto, exclusă suprafaţa acelora cari fac parte din perimetrele de asanat) era de 7.788.867 ha., egală cu 25% din întreaga suprafaţă a Regatului. In total erau considerate deci necesare lucrări de asanare integrală pe o suprafaţă de 16.816.580 hectare, egală cu 54% din întreaga suprafaţă a Regatului. Dacă se iau apoi în consideraţie şi teritoriile, în afara celor de mai sus, în care sunt în curs sau în care se vor putea executa lucrări de îmbunătăţire funciară, se ajunge la concluzia că aproape toate terenurile Italiei intră în cadrul activităţii de asanare.

Suprafaţa perimetrelor de asanare delimitate se repartizau, la acea dată, în modul următor, în ceeace priveşte stadiul lucrărilor.

Perimetre în cari lucrările nu erau începute	3.327.610.— ha.
Perimetre cu lucrări publice în curs de executare	3.107.984.— ha.
Perimetre cu lucrări publice terminate	1.697.800.— ha.
Perimetre în care lucrările publice şi transformarea agrară erau terminate	894.319.— ha.
Total	9.027.713.— ha.

După cum se vede, asanarea era în acel moment, — după cum este şi azi,— în plină punere în aplicare: la mai puţin de 900.000 ha. în care ea era terminată (circa 10% din suprafaţa delimitată), se opuneau 1.700.000 ha. (19%) în care se cuvenea făcută transformarea agrară, 3.300.000 ha. în cari nimica nu se făcuse încă (36,6%).

Din aceste cifre poate că cea mai interesantă este a doua, pentru că ea arată o oarecare distanţare dintre lucrările publice şi cele executate de particulari şi ea lămureşte direcţia luată actualmente de politica Fascistă, hotărîtă să atingă cât mai curând deplina valorificare agrară şi colonizare a pământurilor asanate.

In ceeace priveşte sistematizarea în regiunile de munte, situaţia este următoarea:

Perimetre cu sistematizarea terminată	42.654. ha. 0,5%
Perimetre cu sistematizarea începută	6.070.791 ha. 78,0%
Perimetre cu sistematizarea neîncepută	1.648.413 ha. 21,5%
Total	7.761.858. ha. 100%

Unele date pot servi pentru a ne face o părere despre lucrul executat până atunci. Sunt date technice cari, desigur, au numai o valoare indicativă şi cari se referă numai la perimetrele de asanare.

Suprafaţa terenurilor uscate prin scurgere naturală	808.907 ha.
Suprafaţa terenurilor uscate prin umplere	32.772 ha.
Suprafaţa terenurilor uscate mecanic	685.966 ha.
Suprafaţa terenurilor apărate de inundaţii	367.311 ha.
Suprafaţa terenurilor făcute irigabile	459.582 ha.
Lungimea canalelor de asanare	19.727 km.
Lungimea malurilor înălţatate	5.521 km.
Lungimea canalelor de irigare	5.629 hlm.
Lungimea conductelor de apă (apeducte)	613 klm.
Potenţa instalaţiilor hidrofore	152.139 hp.
Potenţa instalaţiilor de ridicare a apei pentru irigare	25.591 hp.

Tabloul devine mai complect dacă, pe lângă aceste date, se consideră şi acelea relative la unele lucrări de îmbunătăţire funciară, din competenţa particulară, finanţate sau executate cu ajutorul împrumuturilor favorabile.

Suprafaţa terenurilor făcute irigabile	458.287 ha.
Suprafaţa terenurilor sistematizate	318.982 ha.
Suprafaţa terenurilor uscate prin mijloace mecanice	167.948 ha.
Lungimea drumurilor construite între moşii	4.449 klm.
Lungimea conductelor de apă (apeducte)	2.085 klm.
Numărul locuinţelor rurale construite	34.425 (1)
Numărul grajdurilor construite pentru animale	252.491
Numărul costrucţiilor accesorii	43.962

Pentru a avea apoi, cu cifre mai sintetice, o idee de dimensiunile muncii enorme executate este suficient a considera alte două date: aceea a sumelor cheltuite şi aceea a mânii de lucru întrebuinţate. Aceste date prezintă avantagiul de a putea fi citate şi pentru fiecare an în parte şi de a servi de indice sintetic al ritmului urmat de activitatea asanării.

Sumele la care s'au ridicat cheltuelile din competenţa Statului şi cele din competenţa particularilor dela 1870 la 1938 (1).

Anul	Asanări	Sistematizări în regiuue de munte	Lucrări particulare	Total
	Milioane L.	Milioane L.	Milioane L.	Milioane L
1870-1922	653,8	48,5	39,8	742,1
1922-1928	1.281,6	112,3	368,7	1.762,6
1929-1933	2.423,4	201,4	2.159,1	4.783,5
1934-1938	2.380,9	180,7	1,885,8	4.446,9
Total	6.738,8	542,9	4. 453,4	11.735

Dela o cheltuială de ceva mai mult de 10 milioane pe an dinainte de fascism, se trece la 300 milioane în primii 6 ani şi la peste 950 milioane în deceniul aplicării Legii Mussolini.

Acest raport este aproape acelaş dacă se consideră numărul de zile lucrătoare întrebuinţate la lucrările publice de asanare cari, dela o medie de 4½ milioane în primii 6 ani, ajung, în deceniul de aplicarea Legii Mussolini, la aproape 12½ milioane, atingând un maximum de 18 milioane în 1934—1935.

După cum se vede, pe bună dreptate se poate spune că asanarea, începută fiind încă dinaintea venirii fascismului, este aproape în întregime, o operă a regimului mussolinian (2).

Desigur nu este posibil să prezinţi într'un singur articol concretizările asanării fiecăreia dintre regiunile Italiei, căci este deajuns să ne gândim că sunt peste 300 de perimetre delimitate, că în 200 din ele lucrările sunt sau terminate sau pe cale de a fi terminate, că sunt 338 de consorţii de a-

1) Aceste cifre sunt exprimate în lire curente. Dacă reducem cheltuelile efectuate în lire actuale, s'ar ajunge la concluzia că cheltuiala efectuată cu asanările, 7.260 milioane lire, înainte de 1922, este cu mult mai mare decât pare a fi.

2) Acest lucru este confirmat şi de datele technice indicate mai sus. Pentru epoca fascistă se cuvine 65% din suprafaţa uscată prin scurgere laterală, 56% din aceea uscată prin umplere, 67% din aceea uscată în mod mecanic, 51% din terenurile apărate împotriva inundărilor, 79% din acelea făcute irigabile, 66% din lungimea canalelor de asanare, 68% din 86% din aceea a canalelor de irigare, 88% din lungimea străzilor din regiunea asanată, 99% din lungimea apeductelor, 77% din potenţa instalaţiilor hidrovore, 99% din aceea a instalaţiilor de ridicare a apei pentru irigare şi a. m. d.

ZEISS
ULTRAPHOT

Aparat modern, universal pentru toate lucrările în domeniul microscopiei şi microfotografiei

Pentru cercetări ştiinţifice şi lucrări practice.

Observare monoculară şi binoculară / fotografie, / cinematografie, / proiecţie / desen prin proiecţie / toate sistemele de luminat pentru luminile cele mai slabe şi cele mai puternice

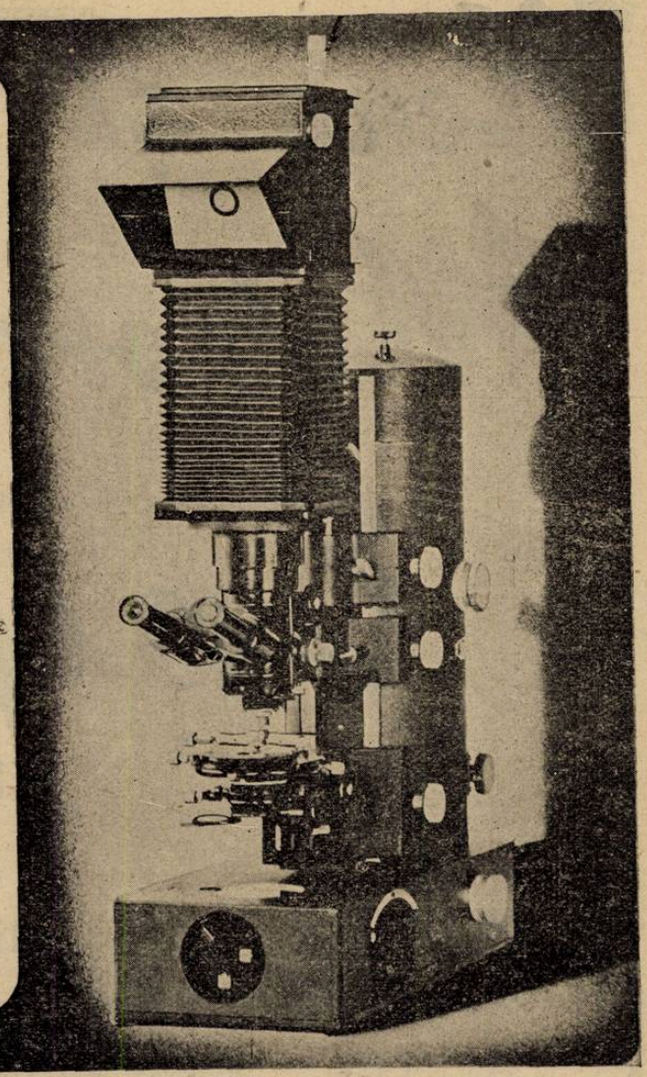
CARL ZEISS JENA

Prospecte şi informaţiuni gratuite dela

CARL ZEISS / JENA

sau dela Reprezentanţa generală pentru România
Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost Otto & Alfred Herzog.

Bucureşti I. Bul. Carol I. 48.



UN TONIC EFICACE ŞI PLĂCUT LA GUST

CYTOTONINE
ELIXIR

Lactofosfat de calciu
Extract de Kola
Extract de Quina
Tinctură de nucă vomică
Metilarseniat de sodiu
Vin de Malaga
Sirop de coji de portocale

2-3 linguriţe sau linguri pe zi după vârstă

ANEMIE - CONVALESCENŢE
SURMENAJ FIZIC ŞI INTELECTUAL
I N A P E T E N Ţ A
LIMFATISM - CHLOROZA
STARI GANGLIONARE

Reprezentanţa exclusivă „S P E P H A R„ laborator de produse farmaceutice
MARCEL HOTT — 2 bis, Str. Prof. I. Bogdan — BUCUREŞTI III — TEL. 2.11.78

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr, extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAȚIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice

Infecțiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

«FARMAOLT» S. A. — BUCUREȘTI P-dul BRĂTIANU 24, Tel. 4.98.08

sanare în fiinţă, pentru a înţelege că este imposibilă o prezentare completă a operei îndeplinite. Unele exemple, — alese dintre cele mai semnificative — vor face mai bine înţeles caracterul şi importanţa asanării italiene.

Dintre acestea, grupul cel mai bogat şi cel mai vechi este, desigur, acela din câmpia Emiliei şi din câmpia Veneţia. Sunt toate asanări hidraulice cari, graţie regulării scurgerii lor, uscării terenurilor umede cu ajutorul instalaţiilor de scos apa, sau, uneori, prin ridicarea nivelului pământului, au răpit mlaştinilor şi regiunilor inundabile, cele mai fertile pământuri pe cari le posedă Italia. Este vorba — după cum am mai spus — de peste 1.000.000 ha. cari au fost astfel cucerite pentru o agricultură intensivă, aşezate în câmpia mijlocie şi inferioară a râului Po şi dealungul întregului litoral Venet.

Intre cele mai caracteristice perimetre de acest fel amintim pe acela al Marei Asanări Ferareză (55.000 ha.), acela, aşa numit, «Parmigiana Moglia» (73.500 ha), acela dela Piavele Inferior (44.000 ha.), acela dela Friulina Inferioară (85.000) ha.

In fiecare din aceste perimetre nu s'au terminnat încă lucrările dar ele se găsesc într'un stadiu foarte avansat.

In marea asanare Ferareză lucrările sunt terminate şi din punct de vedere agricol pe circa ½ din suprafaţă (2600 ha.), întreaga suprafaţă este menţinută uscată de 21 grupe hidrofore şi sunt în curs de terminare lucrările pentru irigarea a mai bine de 48.000 ha. precum şi lucrările de împroprietărire şi colonizare pe o bună parte din teritoriu.

Dacă te gândeşti că întregul perimetru era, înainte de asanare, o mlaştină aproape neîntreruptă şi care nu se preta decât la pescuit în aşa zisele «văi de pescuit», se înţelege şi mai bine importanţa acestei cuceriri. După recente constatări făcute de Subsecretariatul Asanării Integrale, se pot cita următoarele date:

Terenuri semănate 96%, producţie de grâu/ha. 23 quintale, producţia brută oferită la vânzare/ha., 1954 Lire valoarea pământului 6500 lire/ha.

In perimetrul dela Parmigiana Moglia în care toate lucrările publice sunt terminate, iar transformarea agrară şi irigaţia (care se va întinde aproape asupra întregei suprafeţe) este aproape terminată, procesul intensificării culturii este şi mai înaintat. Era vorba de un teren numai în parte mlăştinos, dar supus, în mod periodic, inundării. Aici s'a trecut dela producţia unitară de 14 q. a grâului la aceia de 26 q., dela 16 q. pentru porumb, la 32 q. s'a mărit cu 200% numărul vitelor, s'a mărit cu 200% capitalul întreprinderilor, s'a mărit cu peste 100% producţia trimeasă spre vânzare şi producţia netă, s'a mărit aproape cu 300% gradul de activitate (unitate muncitoare, unitate de suprafaţă).

Acelaş lucru s'ar putea spune şi pentru cel de al treilea perimetru indicat.

Un grup important este acela al asanărilor toscane, şi cele de şes, dealungul litoralului Tirenian. Sunt un şir de perimetre mici şi mijlocii (cele mai mari — asanarea Grossetana în Destra Ombrone şi şesul septentrional Pisan — au respectiv 42.000 ha. şi 10.000 ha.) ocupate la origină în parte de mlaştini, în parte de terenuri acoperite în mod periodic de aluviuni şi exploatate cu sisteme foarte extensive. Actualmente, ele sunt în întregime (sau aproape) asanate din punctul de vedere hidraulic şi se divid progresiv în moşii de tip Toscan de intensivă cultură. După informaţiunile din sursa mai sus citată, rezultă că: 95% din şesul Grossetana era exploatat înainte printr'o alternare a însămânţării cu păşunatul, 5% era necultivat. Acuma el este cultivat în mod continuu în întregime (2% din suprafaţă este ocupată de plantaţii de pomi speciali). Producţia disponibilă spre vânzare a întreprinderilor s'a ridicat cu 72% şi toate celelalte date ale producţiei s'au ridicat în acelaş ritm.

Mai la Sud, cea mai importantă asanare este aceea dela Maccarese, agro Romano, agro Pontină. Asanarea dela Maccarese (7.500 ha.) a fost efectuată de o societate particulară şi a servit la creerea unei întreprinderi agricole caracterizate de o productivitate deosebit de intensă si de o exploatare extrem de raţională.

Agro-Romano, deşi cuprinde unele mici asanări de tip hidraulic, este un vast teritoriu (120.000 ha.) în care, printr'un lung proces, s'a trecut dela utilizarea sa în mod extensiv ca păsune la organizarea agricolă mai intensivă caracterizată de întreprinderi mijlocii cerealo-zootechnice de o înaltă productivitate

Agro Pontino este cea mai preţioasă bijuterie a asanării integrale fasciste: acolo unde pe 74.000 ha. se găsea, până cu puţini ani în urmă, mlaştini, păduri, păşuni pentru oi şi, pe aici pe colo, puţine locuri cultivate, împrăştiate şi ameninţate să dispară, în puţini ani s'a realizat o asanare completă s'au transformat în ogore mai mult de 50.000 ha., s'au creat 300 mosioare, s'au colonizat 25.000 oameni din cele mai diverse regiuni ale Italiei, s'au creiat oraşe, s'a construit o nouă provincie a Regatului.

Acesta este un exemplu prea cunoscut pentru a mai ne opri spre a-l descrie. Este deajuns să ne reamintim că acesta este, până acuma, exemplul cel mai grandios al unei asanări realizată prin colaborarea consorţiului proprietarilor, a fiecărui proprietar în parte şi unei asociaţii străine, — în acest caz Asociaţia naţională a Combatanţilor, — şi care a reprezentat o rădicală inovaţie în politica asanării, — inovaţie care azi — după acest strălucit succes — se extinde şi la alte perimetre meridionale.

In afară de aceasta este exemplul unei asanări care are drept scop integrala colonizare a teritoriului şi formarea, pe o scară întinsă, de proprietăţi ţărăneşti, totul realizat cu o excepţională rapiditate într'un mediu în care condiţiunile naturale şi higienice, agrare şi sociale, se aliase de secole în contra oricărei încercări de înoire sau de transformare.

S'ar putea continua astfel pentru multă vreme cu exemple de această natură. Coborând către Sud şi trecând la Insule, totuşi se mai întâlnesc unele exemple de reuşite asanări — este deajuns să citäm dintre toate celelalte aceea dela Bassa Valle del Sole din Campagnia şi aceea de la Mussolinia din Sardegna, deşi condiţiunile locale erau extrem de dificile. In Miază-zi mai se găseşte şi azi o cultură foarte săracă şi extrem de extensivă, o clasă de proprietari lipsită de mijloace şi puţin adaptabilă la modernizări sau la legături consorţiale, nişte condiţiuni naturale aşa de refractare asanării încât, uneori, o fac, din punct de vedere economic, lipsită de convenienţă. Şi în această situaţie, în care asanarea, cu toate caracterele particulare mai sus indicate, trebue totuşi să se realizeze, fără ca Statul să execute lucrările ce le finanţează el pentru a vedea că adequata transfomare agrară nu se execută de către proprietar.

In faţa acestei situaţii, după ce s'a încercat în van să se insufle viaţă consorţiilor, după ce s'a prelungit termenul până la care transformarea agrară trebue făcută, s'a decis abandonarea căilor normale şi, în ultimii ani s'a executat colonizarea unor importante perimetre prin mijloace cu totul noui.

Totuşi, a vorbi de acestea, nu se poate fără a da unele indicaţiuni asupra celor mai recente hotărîri în privinţa asanării şi nouilor finalităţi ce le-au inspirat, hotărîri cari indică, fără îndoială, o nouă fază a lucrărilor de asanare.

In ajunul războiului pentru cucerirea Imperiului sumele acordate în 1928 prin legea Mussolini — după cum s'a mai spus — erau aproape în întregime cheltuite. Războiul şi noui-

1) In 1936 au trebuit să se acorde însă 100.000.000 lire pentru continuarea lucrărilor începute.

le obligaţiuni cărora Statul trebuia să facă faţă imediat, nu permiteau să se acorde noui fonduri pentru asanare, aşa că lucrările stagnară pentru doi ani (1936—1937) [1]. Dar aceasa fost o fază scurtă căci prin decretul lege din 13 Ianuarie 1938 se acordă alte trei miliarde, din care două miliarde jumătate pentru lucrări publice şi restul pentru contribuţii la cheltuelile făcute de particulari.

Prin această dispoziţie financiară se stabili şi: 1) a se concentra nouile mijloace asupra unui număr restrâns de asanări de mai mare convenabilitate naţională, care să se termine cât mai repede; 2) a se ajunge în celelalte perimetre la o simplă realizare technică şi echilibrare economică; 3) de a se evita începerea lucrărilor pe noui perimetre; 4) de a se prefera perimetrele cu posibilităţi de desvoltare colonizatoare; 5) de a se acorda fonduri în mare proporţie (43%) perimetrelor din Miază-zi şi din Insule cari s'ar găsi în aceste condiţiuni.

In anul următor — 1939 — Ducele a decis să înfrunte una dintre cele mai grave probleme agricole ale Italiei, pe care normala activitate asanatoare nu reuşise să o rezolve: aceea a zonelor de latifundii din Sicilia (300.000 hectare). In acest scop a acordat un fond special de 1 miliard, dintre cari 400.000.000 Lire, destinat executării lucrărilor publice necesare şi 600.000.000 lire pentru ajutorarea lucrărilor ce cad în competenţa particularilor.

In fine, la începutul anului 1940, s'a acordat un alt miliard de lire pentru executarea de importante lucrări de irigaţie în întreaga Italie.

Aceste acordări de fonduri, cari prin volumul lor egalează pe acelea prevăzute de legea Mussolini şi criteriile de acţiune anunţate în acelas timp, ne permit a spune că o nouă eră a început în istoria asanării italiene. Dacă în prima fază s'au întins toate pânzele pentru a stimula toate iniţiativele posibile, cu a doua fază se strâng pânzele şi se caută a se realiza în acest domeniu într'un minim de timp maximum de randament şi se foloseşte asanarea ca un mijloc eficace de refomă socială.

Ce înseamnă această concentrare a mijloacelor şi a sforţărilor pentru Nordul şi Centrul Italiei, nu este nevoie să mai spunem, pentru că este uşor de înţeles din cele ce au fost spuse: Dealungul drumului parcurs şi experimentat în mod fericit, s'au accelerat lucrările acolo unde ele erau posibile şi convenabile.

Insă pentru Sud şi pentru Insule ea a reprezentat o adevărată revelaţie ce se desfăşoară azi cu un ritm accelerat în latifundiul Sicilian (500.000 ha.), în Tavoliere di Puglia (438.000 ha.), în Basso Volturno (50.000 ha. cca.) şi se întinde foarte repede în perimetrele Ionice dela Sibari, Metaponto şi Crotone (în total cca. 125.000 hectare) şi în acel Sard din Basso Sulcis (20.000 ha. circa).

Revoluţia este provocată de faptul că, în teritoriile indicate mai sus, transformarea agrară este făcută obligatorie într'o perioadă scurtă de timp şi trebue să ia forma unei colonizări. Dacă proprietarii nu vor sau nu pot s'o realizeze, li se substitue lor o Societate de Colonizare care deocamdată, activează pe terenurile proprii şi conduce toate lucrările de asanare.

In latifundiul Sicilian, unde această acţiune este foarte desvoltată, activează azi, în colaborare cu proprietarii, Societatea de Colonizare pe Latifundiul Sicilian şi în mai puţin de un an dela începerea lucrărilor s'au construit cca. 3000 case şi întinse zone sunt într'un stadiu avansat de transformare agricolă.

In Tavoliere de Puglia, colonizarea, sub conducerea glorioasă a Societăţii Naţionale a combatanţilor, învingătoarea dela agro Pontino, este în parte, efectuată deacuma. S'au constituit 937 moşioare dintr'un prim lot de 88.000 ha. care se crede că va putea fi colonizat în întregime până în anul 1942, creindu-se încă 3000 moşioare. Până atunci se execută lucrările preliminare pe un al doilea lot de 85.000 ha.

In Basso Vulturno s'a creiat deja un nucleu de 250 moşioare şi lucrărilе continuă în vederea viitoarei transformări a întregului teritoriu prin irigare.

După cum se vede, această nouă fază este şi mai grandioasă decât precedenta. Dacă se ţine seama de vasta acţiune pentru mărirea suprafeţelor irigate, — acţiunea contemporană cu prima, — a cărei cea mai importantă realizare va fi construirea unui mare canal (lung de 184 klm.) ce va distribui 90 m. c. pe secundă din apa râului Po la 200.000 ha. din fertila câmpie Emiliano-Romagnolă (lucrările au început anul acesta) şi de faptul că actiunea se continuă, fără întrerupere, în momentul în care Italia se află într'un mare războiu şi într'o sforţare constructivă impunătoare şi în alte domenii, — atât în Imperiu cât şi în Albania, — grandiozitatea apare în întreaga sa lumină.

NOTĂ: Pentru cititorii cari doresc să aibă informaţii mai precise asupra asanării din Italia găsim necesar de a da unele indicaţii bibliografice:

Literatura asupra acestei chestiuni este extrem de mare.

Cele mai importante opere sunt următoarele:

A. Serpieri. Relazioni annuali sulla bonifica integrale. Roma. 1930-35.

G. Tassinari. La bonifica integrale nel de ennuale della Legge Mussolini; Roma 1938.

Le bonifiche italiane. Due volumi editi dalla rivista «Bonifica e Colonizzazione» Roma 1939.

E per l'ultima fase della politica bonificatrice.

G. Tassinari. Bonifica ed Autarchia. Bologna 1940.

«La conquista della terra» dell «O.N.C. e la rivista tecnica specializzata «Bonifica e Colonizzazione».

BIBLIOGRAFII

Dr. Vasile M. Plătăreanu. Aparatul cardio-vascular.

Lucrarea de faţă a fost concepută căutând înţelegerea faptelor de observaţie clinică, în cadrul marilor legi biologice.

Mai mult decât ori care alt mediu de activitate medicală, chirurgia cere o perfectă cunoaştere a întregului, spre a putea înţelege amănuntul.

A nu cunoaşte sau a nesocoti marile legi cari guvernează viaţa, atunci când intenţionezi să-i vii în ajutor prin acte operatorii, înseamnă a nu şti nici de unde pleci şi nici unde vei ajunge.

A transforma o intervenţiune chirurgicală, — ce tinde prin ea însăşi să ajute viaţa, — într'o acţiune simplă cu caracter lucrativ, înseamnă a abdica dela sublimul scop pe care îl urmăreşte medicina.

Pentru a realiza o cât mai deplină unitate de vedere asupra aparatului cardio-vascular, autorul a ţinut să înmănuncheze cunoştinţele organogenetice cu cele anatomice, fiziologice, experimentale şi clinice.

A reînprospătat multe dintre cunoştinţele clasice şi a dat semnificaţie clasică cercetărilor noi, cari se apropiau mai mult de adevăr.

A îmbinat cunoştiţele izolate în medicina internă cu cele aflătoare în chirurgie sau rătăcite în alte discipline medicale.

Spre a expune, cât mai clar, armonioasa şi desăvârşita activitate a întregului aparat cardio-vascular, a ridicat la adevărata lor valoare faptele mici în aparenţă, dar cu mari consecinţe biologice.

Prin stabilirea importanţei fiecărei categorii de elemente histologice care formează aparatul cardio-vascular, a căutat să lămurească unele fapte privitoare la: patologia anginei pectorale, rolul sistemului neuro vascular, rolul reţelei capilare, precum şi însemnătatea câtorva syndrome cïrculatorii, observate în clinică.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Flacon original spre experimentare la cerere:

LABORATORUL „LACTOFERMENT Dr. ROBIN"

Reprezentanţa BUCUREŞTI, Str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66.

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii subcutane în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Anertan Anertan-Oel

intramuscular | percutan

hormon sexual masculin

(propionat al testosteronului)

Pentru bărbați: în prostatism și astenii, în domeniul fizic, psihic și sexual.

Pentru femei: metroragii, mastopatii, prurit vulvar,

Pentru copii: în criptorhidie, infantilism, enureză, inapetență și lipsă de energie.

Anertan-fiole: 4 × 5 mg
4 × 10 mg
2 × 25 mg

Anertan-Oel:
10 g = 400 picături = 50 mg Anertan

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6**

Cel mai nou tratament al bolilor intestinului și al complicațiunilor lor

ENTERITA
DIAREE INFECȚIOASA
ENTEROCOLITA
DIZENTERIE
FEBRA TIFOIDA
APENDICITA
DERMATOZE AUTOTOXICE

— Concentrație maximă
— Puritate absolută
— Eficacitate complectă

BIOFERMENT

– i i c h i d –

Fermenții lactici au fost selecționați după cele mai noi metode tehnice și după ultimile cercetări ale **INSTITUTULUI „PASTEUR"** din Paris

ARTRITISM
REUMATISM
GUTA
OBEZITATE
GRAVELA RENALA și HEPATICA

SOLVARTHROL

GRANULAT EFERVESCENT

3—4 linguriță pe zi cu apă rece dimineața, înaintea meselor și la culcare

Reprezentanța exclusivă: „S P E P H A R" laborator de produse farmaceutice

MARCEL HOTT — 2 bis, Str. Prof. I. Bogdan — BUCUREȘTI III — TELEFON 2.11.78

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Rezultatele generale ale recensământului medicilor

Declaraţiile făcute presei de d-l Ministru al Sănătăţii

D. prof. dr. P. Tomescu, Ministrul muncii ,sănătăţii şi ocrotirilor sociale, a făcut presei următoarele declaraţii asupra recensământului medicilor:

«Rezultatele recensământului general al medicilor, făcut în ziua de 15 Martie crt., fiind centralizate şi totalizate, suntem în măsură să le comunicăm publicului, doritor să cunoască situaţia unei profesiuni atât de strâns legată nu numai de viaţa colectivă a populaţiei, dar de sănătatea fiecăruia dintre noi.

Numărătoarea exactă a tuturor medicilor din ţară a arătat că avem un total de 8421 medici, dintre care 7009 bărbaţi şi 1412 femei.

In raport cu origina etnică avem: 5671 români, 2089 evrei, 490 germani, 71 unguri, 25 armeni, 16 greci şi 59 alte naţionalităţi.

In ceeace priveşte repartiţia medicilor în diferite regiuni ale ţării: un număr de 5260 medici locuesc în oraşele municipii, 1641 locuesc în celelalte oraşe ale ţării şi numai 1520 medici au reşedinţa în localităţi rurale. Dintre medicii recenzaţi în municipii, 3115 locuesc în Capitală, 441 în municipiul Iaşi, 326 în Sibiu, 290 în Timişoara.

Ceeace isbeşte pe cercetătorul acestor cifre este contrastul dintre numărul medicilor cari activează în oraşe şi acei cari lucrează în mediul rural.

In adevăr, în municipii şi oraşe, pentru 2.572.427 locuitori avem 6991 medici, iar în sate pentru 10.726.758 locuitori avem numai 1520 medici.

Ceeace se cunoştea până acum intuitiv şi aproximativ, se ştie acum precis şi categoric.

In afară însă de aceste preciziuni, privitoare la repartiţia medicilor în mediul urban şi rural al ţării, recensământul medicilor ne-a mai lămurit şi asupra altor probleme ale corpului nostru medical.

Repartiţia medicilor după situaţia în profesiune, după specialitate, după situaţia militară şi după etate, vor fi elemente ce ne vor ajuta să organizăm mai bine asistenţa medicală din ţara noastră.

De altfel ministerul sănătăţii va imprima în curând un anuar al medicilor.

Punându-se problema unei mai bune repartizări şi utilizări a medicilor în ţară, ea va trebui soluţionată.

Pentru a fi rezolvată radical, va trebui o acţiune de lungă durată, urmărită după un program unitar, bine întocmit şi cu perseverenţă aplicat.

Dar, până la înfăptuirea unui astfel de program, vom recurge la soluţiuni, care să asigure o imediată ameliorare a asistenţei medicale şi a acţiunei de medicină preventivă în mediul rural.

Acestea vor fi:

1. Organizarea dispensarului mobil polivalent care să străbată mai ales regiunile unde boalele sociale fac ravagii.

Prin dispensarul mobil se va asigura nu numai îngrijirea serioasă a bolnavilor, dar şi descoperirea lor prin mijloacele pe cari ştiinţa contemporană ni le pune la dispoziţie.

La 1 Iunie primele dispensare mobile vor intra în funcţiune.

2. Spitalele de specialităţi din oraşele capitale de judeţ vor lucra într'o mai strânsă colaborare cu toţi medicii de circumscripţie cari activează în mediul rural. In modul acesta se va asigura ţăranilor noştri o asistenţă medicală competentă, dispunând de specialişti şi de laboratoare cari nu se pot găsi decât în centre importante astfel ca să deservească o populaţie urbană şi rurală mai numeroasă.

Pentru a stabili această legătură strânsă între medicii spitalelor şi acei cari lucrează în mediul rural, vom face în fiecare judeţ o reuniune a tuturor medicilor pentru a fixa nu numai normele unei strânse colaborări, dar şi legăturile de afectoasă colegialitate, neapărat necesare acestei acţiuni.

De altfel multe din centrele noastre spitaliceşti judeţene trebuesc reorganizate şi amplificate în raport nu numai cu actuala desvoltare a ştiinţei, dar şi cu ideia că ele deservesc o populaţie de 2—300.000 de locuitori.

Prin dispensarele mobile şi prin nouile directive ce se vor da marilor spitale din oraşe, se va face primul pas pentru ameliorarea condiţiilor de asistenţă medicală a populaţiei noastre rurale.

Alte măsuri vor urma.»

Noui spitale şi dispensarii

In Consiliul de miniştri întrunit sub presidenţia d-lui *general Antonescu, Conducătorul statului*, s'a hotărît ca toate spitalele şi dispensarele Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, ale căror construcţii s'au început, să fie terminate în cursul acestui an. Se vor mai construi dispensarii pentru asiguraţi, acolo unde se simte nevoia. Nouile dispensarii vor avea, pe lângă servicii medicale, băi şi cantine pentru lucrători. Se vor organiza două noui sanatorii pentru muncitorii tuberculoşi.

Locuri de medici primari de judeţ vacante

Sunt vacante posturile de medici primari ai judeţelor: Braşov, Buzău, Mehedinţi şi Rădăuţi.

D-nii medici care întrunesc condiţiunile legale şi doresc a ocupa aceste posturi, vor face cereri ministerului.

Mişcare în corpul medical

Se face următoarea mişcare în Corpul medical, din serviciile dependinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile legii sanitare şi de ocrotire, cum şi în baza avizelor date de Comisiunea administrativă, ce funcţionează pe lângă acest departament:

D. dr. Vasilescu Alexandru, actual medic primar la Spitalul de alienaţi Balotesti, judeţul Ilfov, se transferă definitiv, în postul de medic primar al Serviciului VI Psihiatrie dela Institutul Superior de Sănătate şi Spitalul Central Bucureşti.

D. dr. Grigoriu Constantin, actual medic, director al Sanatoriului C. F. R. Ruginoasa, având concurs în specialitate, trecut la Ministerul Sănătăţii, se numeşte definitiv, pe baza art. 203 din legea sanitară şi de ocrotire, în postul de medic primar al Azilului de Tuberculoşi Bisericani, jud. Neamţ.

D. dr. Enescu Constantin, având 10 ani în învăţământul superior, se numeşte definitiv medic primar director al Spitalului de urgenţă din Bucureşti, în conformitate cu art. 203 din legea sanitară şi de ocrotire.

D. dr. Doniga Ion, medic cu concurs în specialitate, se numeşte definitiv medic primar al Sanatoriului T. B. C. Săvădisla, jud. Cluj-Turda.

D. dr. Dolejan Gheorghe, actual

medic primar definitiv al județului Mehedinți, se transferă definitiv în postul de medic primar al jud. Dâmbovița.

D. dr. Floareș Alexandru, fost medic definitiv al Circ. Ciișia, jud. Cetatea-Albă, se repartizează definitiv ca medic de circ. urbană la Municipiul Brăila.

Se revine asupra transferăii d-lui dr. Vasilescu Haralamb la Serv. sanitar al Municipiului București, d-sa urmând a rămâne mai departe definitiv ca medic primar de psihiatrie la Ambulatorul Policlinic din Sibiu.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Solcănescu G. ca medic de circ. urbană la Serv. sanitar al Municipiului București, d-sa urmând a rămâne mai departe definitiv în postul de medic de circ. urbană la Municipiul Galați.

Se revine asupra transferării d-lui dr. Milotinov Zaharia ca al doilea medic primar al jud. Romanați, d-sa urmând a rămâne definitiv medic primar al jud. Tulcea.

D. dr. Sigismund Pop, fost medic primar al jud. Maramureș, se repartizează definitiv ca medic primar al jud. Vaslui.

D. dr. Ioan Pavel se numește definitiv medic primar al Serv. medical dela Spialul Colțea din București, în baza art. II și III din decretul-lege cu Nr. 358 din 1941, publicat în Monitorul Oficial Nr. 42 din 1941.

D. dr. Știrbu Aurel, actual medic definitiv al Circ. Mușetești, jud. Argeș, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Tâncăbești, jud. Ilfov.

D. dr. Olariu Enea, fost medic stagiar de circ., se primește în aceeași calitate, ca medic al circ Dudești, jud. Argeș.

D. dr. Bârzu Aurel, actual medic definitiv al Circ. Vella, jud. Dolj, se transferă definitiv în postul de medic al Circ. Coșoveni, acelaș județ.

D. dr. Ghiță Stoica, actual medic stagiar al Circ. Măgurele, jud. Prahova, se transferă, în aceeași calitate, la Circ. Costești, jud. Argeș.

D. dr. Pop Vasile, fost medic definitiv al Circ. Sâncrai, jud. Mureș, se transferă definitiv la Circ. Sugag, jud. Alba.

D-na dr. Atomulesei Ruxandra, fost medic definitiv de circ., se reprimește definitiv în serviciu, în postul de medic al Circ. Tăriceni, jud. Ilfov.

D. dr. Armeanu Virgil, fost medic sagiar de circ., se reprimește în aceeași calitate la Circ. Alămor, jud. Sibiu.

D. dr. Scorpan Aurelian, actual medic definitiv al Circ. Vârtoapele, jud. Teleorman, se transferă definitiv la Circ. Dostat, jud. Sibiu.

D. dr. Motelică Vitalie, actual medic stagiar al Circ. Dumitrești, jud. Olt, se transferă în aceeași calitate la Circ. Ususău, jud. Timiș.

D. dr. Stanciu Vasile, fost medic definitiv al Ambulatoriului din Sf. Gheorghe, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Hermann din județul Brașov.

D-na farmacistă Taroveanu Elena se confirmă definitiv în postul de farmacist ajutor la Depozitul de medicamente din Craiova.

Centrele de Sănătate din capitală

D. *profesor Tomescu*. Ministrul Sănătății, a făcut o expunere, în consiliul de miniștri, asupra organizării centrelor de sănătate din Capitală, preconizând o colaborare strânsă între activitatea lor și opera de asistență și de ocrotire socială, desfășurată cu atât avânt de Consiliul Operelor Sociale. Centrele de sănătate, bine instalate și organizate, își vor continua activitatea lor, amplificând-o, după aceste norme. Cele slabe se vor reorganiza, fuzionându-se mai multe la un loc, în raport cu nevoile asistenței publice.

Pentru ca organizarea sanitară a țării să aibă personalul auxiliar, de care se simte mare nevoe, s'a hotărât să se reorganizeze întreg învățământul sanitar auxiliar, în special școlile de surori și de moașe, mărindu-se capacitatea lor actuală și înființându-se noui școli.

Stagiul studenților în medicină la un spital în cursul vacanței de vară

Ca urmare la Regulamentul asupra stagiului studenților în medicină în spitalele și serviciile publice ale Statului — începând din anul acesta — studenții vor fi obligați ca pe timpul vacanței de vară să execute un stagiu de spital la unul din spitalele sau instituțiile spitalicești din țară, în conformitate cu repartiția ce se va face de către facultate.

Ținându-se seama că la repartizarea pentru stagiu urmează să se țină cont de domiciliul obișnuit pe timpul vacanței, d-nii studenți sunt invitați a se prezenta la facultate pentru a complecta un formular anumit.

Această declarație se dă în tot cursul lunei Maï 1941.

In urma propunerilor făcute de cele trei facultăți de medicină din țară, s'a promulgat următorul Regulament asupra stagiului studenților în medicină în spitalele și serviciile publice ale Statului:

Art. 1. — Toți studenții în medicină sunt obligați să facă un stagiu de două luni în cursul vacanțelor de vară, la unul din spitalele sau serviciile publice ale Statu'ui.

De acest stagiu vor fi scutiți numai internii și externii Spitalelor.

Art. 2. — Stagiul începe după anul II și se face regulat în fiecare vacanță, inclusiv după terminarea anului VI.

Art. 3. — Stagiile după anul II se vor face în Servicii de chirurgie, după anul III și IV de preferință în servicii de medicină internă.

Stagiul după anul V va fi făcut într'un serviciu public de medicină preventivă, într'un spital de boli infecțioase sau sociale.

Stagiul după anul VI va fi făcut într'un serviciu de obstetrică sau într'un serviciu de chirurgie care are o secție de obstetrică sau la alte servicii de specialitate.

Art. 4. — Facultățile de medicină împreună cu ministerul muncii, sănătății și ocrotirilor sociale vor selecționa serviciile din țară unde se vor face stagiile studenților.

Art. 5. — Studenții vor fi repartizați pentru stagiu de facultatea de medicină, de preferință în județele unde familiile lor își au domiciliul.

In acest scop, ei vor completa o cerere formular, pe care o vor găsi la decanat, în cursul lunei Aprilie.

Art. 6. — Medicii primari și întreg personalul medical al spitalelor publice, vor colabora la instrucția practică a studenților în medicină.

Art. 7. — Studenții sunt obligați să respecte legile și regulamentele Instituțiunilor unde își fac stagiul și datoresc respectul medicilor cari se ocupă de instrucția lor și sunt datori să prepare chestiunile clinice ce li se vor prezenta.

La sfârșitul fiecărui stagiu, medicul primar va complecta o fișă calificativă de frequență și aptitudini, cari se va trimite facultății și se va anexa la cazierul studentului.

Pentru externii și internii spitalelor, aceste fișe se vor întocmi de medicii primari în serviciul în care funcționează.

Art. 8. — Profesorii facultăților de medicină și întreg corpul didactic vor colabora la organizarea instrucției practice a studenților în cursul stagiului de vară.

In acest scop, Consiliile de facultate vor elabora, încursul lunei Mai, un program amănunțit, astfel ca activitatea studenților să se desfășoare după norme unitare și sub controlul facultăților.

Art. 9. — Ministerul muncii, sănătății și ocrotirilor sociale va acorda un ajutor pentru locuință și hrană în spitalele sale studenților lipsiți de mijloace, în limita disponibilităților bugetare.

„ACTUALITĂŢI TERAPEUTICE"

Ingestie de Carboxy - Sulfamido - Chrisoidina (Rubiazol) şi reacţiunea lui Marshal direct în urina, în sângele femeilor gravide la termen şi în laptele femeilor care alăptează

Doctor L. Servantie, Bordeaux.

Extras din «La vie medicale», No. 5 din 25 Mai 1939 pag. 283

In urma lucrărilor lui **Lacomme** şi **Balard** se generalizează tot mai mult întrebuinţarea preventivă a Rubiazolului la femeile gravide la termen şi la lehuze.

Acest fapt actualizează însă problema modului de acţiune a coloranţilor azoici. Dacă ei ar fi activi numai prin sulfamida ce se liberează în organism cum susţine Fourneau, s'ar pune întrebarea, dacă nu cumva este nociv acest tratament preventiv pentru copilul care trebue să se nască sau copilul care suge laptele impregnat cu substanţa terapeutică.

Pornind dela aceste consideraţiuni am întreprins dozajul sulfanilamidei în urină, în sângele femeilor la termen şi în laptele femeilor care alăptează. Am întrebuinţat metoda lui Marshall pusă la punct de noi cu colaborarea lui Demange.

Fără a intra în detaliile observaţiunilor clinice, putem afirma în concluzie, că ingestia carboxy-sulfamido-chrisoidinei **(RUBIAZOL)** determină atât în sângele şi urina femeilor gravide cât şi în laptele femeilor care alăptează, reacţiunea lui Marshall.

Cantitatea de sulanilamidă liberă găsită în sânge şi în lapte este însă aproape neglijabilă. Pentru dozele terapeutice ale carboxy-sulfamido-chrisoidinei **(RUBIAZOL)**, ea este mai mică de 9 mgr. pentr 1.000 gr., variind între 3-7 mgr. pe litru.

In c nformitate cu noţiunile farmacologice admise, nu este posibil să se atribuie efectul incontestabil al carboxy-sulfamido-chrisoidinei **(RUBIAZOL)**, unei concentraţiuni atât de slabă de sulfanilamidă.

Inocuitatea tratamentului cu carboxy-sulfamido-chrisoidină **(RUBIAZOL)** faţă de incidentele şi chiar accidentele medicaţiei cu sulfamide necolorate în doză mare, ne impune să comparăm coeficientele de concentraţiune sanguină de activitate pentru cele 2 produse.

Pentru corpul colorant RUBIAZOL, noi obţinem un coeficient maximum de 0.7 mgr. de sulfanilamidă liberă pentru 100 cc. de sânge sau lapte.

Pentru sulfanilamidă (necolorată), concentraţiunea activă a fost fixată între 5—10 mgr. de sulfanilamidă în 100 cc. sânge, adică cca. 10 ori mai mult ca pentru carboxy-sulfamido-chrisoidină (RUBIAZOL).

Slaba concentraţiune de sulfanilamidă în sângele pacientelor noastre tratate cu RUBIAZOL, exclude o asemănare de acţiune între carboxy-sullafmido-chrisoidină (RUBIAZOL), şi sulfanilamidele necolorate.

Indicaţiunile proprionatului de Testosteron şi ale Benzoatului de Foliculină în tratamentul Pruritului Vulvar

de Moricard şi Saulnier

(Extr. de Bull. de Gyn et Obs. No. 4 de 1937)

Turburările funcţionale secundare ale pruritului vulvar, sunt sub influenţa sistemului simpatic; simpaticul este influenţat, indiferent, atât prin hormonul masculin cât şi prin cel femenin. Blotvogel a d emonstrat la şoarece o regresiune a ganglionului simpatic juxta uterin, după castraţie; după tratament cu foliculină acest ganglion simpatic îşi revine. Pezard, Caridroit, Funk, Loewe şi Laqueur, au demonstrat că la clapon, ţesutul nervos cerebral suportă atât acţiunea foliculinei cât şi a testosteronului. Se ştie că la castraţi se poate obţine o inversiune clinică a instinctului sexual. De aci s'a aplicat hormonul masculin şi femenin în tratamentul pruritului vulvar. Mocquot şi Moricard au întrebuinţat în tratamentul pruritului vulvar Benzoat de foliculină (GYNOESTRYL) în doze care variază între 3—15 mgr. pe lună şi Propionat de Testosteron (STERANDRYL) în doze de 15—30 mgr. pe lună, după fiecare serie de injecţii făcând o pauză de 8—15 zile. Rezultatele obţinute sunt satisfăcătoare.

Tratamentul plăgilor prin pioterapia aseptică

Extr. din Bull. de L'Acad. de Méd. No. 31 de MM. M. Belin et Cl. Belin)

Miyagava a demonstrat că celulele moarte injectate pe cale parenterală, exercită, în doze slabe, o acţiune stimulentă asupra celulelor analoage ale organismului. Acţiunea celulelor conjonctive apare în mod special la nivelul plăgilor recente şi largi. Se observă atunci că cele trei faze ale evoluţiei plăgilor: proteoliză, reparaţie conjonctivă şi epidermizare se fac într'un ritm accelerat.

Apărarea plăgei se realizează în mod mai activ prin mărirea puterii fagocitare a leucocitelor şi prin înmulţirea foarte activă a celulelor rotunde «histiocitele», a căror putere fagocitară este bine cunoscută. Importanţa acestei duble acţiuni defensive locală şi generală, ca şi mobilizarea tuturor elementelor apărării normale a organismului răniţilor, este prea evidentă.

Pioterapia aseptică se poate face cu PYOFORMINE, care este o emulsie de leucocite şi de fermenţi lecocitari, dar care conţine şi resturi ce provin din distrugerea celulelor conjonctive. Aceste celule conjonctive intervin nu numai în regenerarea ţesuturilor, dar şi în lupta împotriva maladiilor infecţioase.

PYOFORMINE se întrebuinţează în toate stările infecţioase acute şi în septicemie. Se va injecta pe cale intramusculară minimum 4 cc. pe zi (o fiolă) deodată. In infecţiuni grave cu forme septicemice se poate injecta până la 8-10 cc. pe zi. Durata tratamentului este variabilă după maladie. Această posologie este aplicabilă până în pragul convalescenţei. Injecţia de PYOFORMINE poate fi făcută zilnic timp de 10-15 zile fără nici un inconvenient.

Eşantioane şi Literatură:
„LUTEŢIA" S. A. R.
Str. Toamnei 103
Bucureşti III
Telefon 2.21.38

NOTIŢE TERAPEUTICE

Despre administrarea rectală a Evipan-ului sodic

Dr. A. Grassmück
Clin. chirurg. Berlin (referat după Zbl. Chir. 1940 No. 25).

Este ştiut că Evipanul sodic poate fi utilizat pentru narcoză şi pe cale rectală. Grassmück a realizat 100 de narcoze cu Evipan-Na intrarectal. Pentru dozare s'a condus de indicaţiile lui Gwathemey (Curr. Res. of. Anedt a. Analg. 1937, vol. 16, pag. 106), care propunea 40 de mgr. pe kgr., administra la început 3,2 gr., iar acum nu depăşeşte doza de 2,5 gr. In caz de obezitate reduce în orice caz din doza calculată pe kg. 0,3—0,5 gr. Nici Grassmück n'a depăşit în general doza totală de 2,5 gr. Cu o oră înainte de narcoză se administrează o clismă evacuatoare cu apă săpunată. După ½—¾ de oră se injectează morfină-atropină (la copii sub un an un extract de belladonna). Apoi se injectează soluţia de Evipan-Na 10% cu o sondă intestinală (sau la copii cu o sondă Nélaton), după care se introduce 30—50 cmc. de apă, astfel că în total se administrează pe cale rectală 50—80 cmc. de lichid. După 10—20 de minute începe somnul. Profunzimea maximă a somnului se găseşte între al douăzecilea şi al treizecilea minut dela începutul narcozei. De 7 ori doza de Evipan a fost suficientă ; de 7 ori s'a realizat narcoza de bază pe neaşteptate ; în 93 de narcoze cu Evipan sodic a fost necesar un adaos de eter ; acesta a variat la adulţi dela 15—180, în medie 40 cmc., iar pentru copii consumul de eter varia între 0 şi 60 cmc. Somnul ulterior durà de cele mai multe ori 1½—6 ore. Turburări circulatorii şi respiratorii nu s'au observat la nici unul din cei 100 de operaţi (21 de adulţi în vârstă de 16—71 de ani şi 79 de copii în vârstă de ¼—15 ani). Stări de excitaţie şi vărsături după trezire sunt extrem de rare. Printre adulţi erau 2 bolnavi cu tireotoxicoze grave, la cari narcoza cu Evipan sodic rectal combinată cu anestezie locală trebuia preferată ca fiind mai menajantă, chiar în comparaţie cu narcoza i. v. Incolo, cu toată toleranţa perfectă, narcoza rectală cu Evipan-Na nu trebue preferată la adulţi; imposibilitatea de a dirija narcoza rectală putând chiar da loc la dificultăţi, la bolnavii mai în vârstă. La copii, în schimb, narcoza rectală cu Evipan sodic poate fi recomandată ca menajând psichicul se neprezentând nici un pericol. La copii sub 30 de kg. somnul ulterior este de durată redusă faţă

Vitamina B_1 şi paraliziile postdifterice

Dr. L. Frey
Clinica infantilă Frankfurt a. M. (Referat după Zschr f. Kinderheilkd 1940 vol. 61)

Un copil care fusese vindecat cu 24000 U. A. de ser antidifteric, a făcut la sfârşitul celei de a 5-a săptămâni de boală o pareză a vălului palatin şi o paralizie diafragmatică ; în total 22 cmc. de Betaxin + Vitamină B_1 (în parte i. v., în parte i. m.) au ameliorat starea ameninţător de gravă. De altfel, după literatură, se obţin întotdeauna rezultate bune cu B_1 în doze totale de 14—540 mgr. Clinica infantilă din Frankfurt a tratat în ultimii 4—5 ani 18 paralizii diafragmatice post difterice şi într'adevăr cu cantităţi crescânde de Betaxin; 7 au murit. Ultimele cazuri mortale s'au produs la 72—105 şi 130 mgr., ultima vindecare la 450—480—510 mgr. (în doze de câte 10 mgr. i. v. şi event. 12 mgr. oral) Frey este de părere că cei 7 copii morţi, nu au murit din cauza unei acţiuni insuficiente a Betaxinului, ci din cauza altor leziuni postdifterice (insuficienţă circulatorie). Betaxinul a avut influenţă bună asupra parezei diafragmatice (nervul vag), nu şi asupra celorlalte pareze.

Tratamentul vărsăturilor sarcinei

H. Naujoks
Clinica ginecologică Köln. Ther. Ggwt, 1940 No. 11 p. 42.

Şi astăzi mai există cazuri mortale din cauza vărsăturilor sarcinei, a căror componentă toxică nu a fost recunoscută din vreme. Şi confuzii din cauza unui ileus cu «vărsături la gravide» pot surveni. In vărsăturile simple tratamentul constă în sugestia energică. Poate să fie nevoie să se administreze şi medicamente calmante, cum ar fi Luminalette, bromură de sodiu (10%) ş. a. sub formă de clismă. Şi supozitoarele cu belladonna pot calma vărsăturile. Hrana zilnică trebue ingerată pe cât posibil în cantităţi mici, numeroase. O ceaşcă de lapte luată dimineaţa în pat poate evita vărsăturile pe stomacul gol, atât de neplăcute. Dacă cu asemenea măsuri nu se ajunge la nici un rezultat, trebue să se îndepărteze bolnava din mediul ei obicinuit; o oarecare lipsă de atenţie a suferinţei, în clinică, poate avea o influenţă bună asupra acestei stări care în parte este de origină psichogenă. Dar nici aceasta nu duce întotdeauna la succes. Trebue recurs la alimentaţie rectală, aducând zilnic organismului prin clisme goutte à goutte cu ser glucozat 10% un aport de mai mulţi litri de lichid. De cele mai multe ori glucoza este suficientă ca aliment. Dacă nu e tolerată bine, se

ClNa. Totuşi aceste măsuri nu ajută decât pentru scurtă vreme; între timp trebue încercat mereu, să revie la alimentaţie perorală.

Foarte utilă este şi combinaţia terapiei cu ClNa cu insulină-glucoză, cam 5—15 U de insulină repartizate în 2—3 doze pe zi, cu câte 5 gr. de glucoză pentru fiecare unitate. Se poate combina şi ClNa = glucoză ; în ultimul timp s'au recomandat şi vitamine. Se zice că vitamina D ar excita pofta de mâncare şi combinaţia de vitamină B_1 (Betaxin) cu vitamină C (Cantan ş. a.) ar fi mai ales utilă, dacă pe lângă vomismente se mai adaogă şi turburări nevritice. Mai ales vitamina C combinată cu hormonul cortico-suprarenal se pare că ar da rezultate excelente. Şi preparate de ficat şi de fer se pot administra. In sine, se poate încerca şi ser de gravidă, 20 de cmc., pentru bogatul său conţinut hormonal, iar în a doua jumătate a sarcinei survine de obiceiu schimbarea în bine. Numai rareori toată osteneala va rămâne zadarnică, fiind nevoe să se întrerupă sarcina.

Tratamentul modern al anemiilor

Dr. R. Klima
Spitalul Kaiserin Elisabeth Wiena (Med. Welt 1940 No. 6).

Pentru tratamentul anemiilor prin lipsă de fier sunt indicate combinaţiile feruginoase şi vitamina C; şi alte vitamine (B_1. A) pot fi utile cu această ocazie. In anemia pernicioasă, dintre preparatele de ficat (Campolon ş. a.) nu au fost preferate cele «forte», nici cantităţile de 10,20 sau mai mulţi cmc., ci Klima dă 4—5 cmc. zilnic şi mai târziu, la intervale mai mari, aceleaşi cantităţi. Klima nu apreciază transfuziunile de sânge, din cauza intoleranţei care este foarte frecventă, de aceea nu face decât cel mult transfuziuni de 100—150 de cmc. Complectarea terapiei prin fier este rareori necesară în tratamentul cu ficat. Uneori Klima recurge la combinaţia preparatelor de ficat şi stomac. Şi vitamina B_1 (Betaxin sau altele) poate da rezultate bune în anemia pernicioasă mai ales în mieloza funiculară. Pe de altă parte, se recomandă şi Lactoflavinul. Şi în anemiile datorite botriocefalozei, stenozelor intestinale şi sarcinei, tratamentul va fi acelaş ca în anemiile datorite cirozei hepatice sau în anemiile pernicioase. Chiar în anemiile saturniene extractele hepatice au fost administrate cu succes. In icterul hemolitic splenectomia este, după părerea lui Klima, singurul tratament care poate da rezultate bune.

Domni medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

PREPARATE NOI

AMBESID

Tablete și fiole

Preparat sulfamidat

Conținând 0,40 gr. paraminobenzolsulfamid pe tabletă
Fiole de 2 și 5 cc. cu un conținut de 10%

Indicat în stările de infecțiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi și cobilacili.

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUȚIE
TABLETE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonă.

In toate anemiile și reconvalescență

FARCUPAR

TABLETE

\ Fer -|- cupru -|- ficat -|- vitamină B /

Neurastenii — Nevroze —Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid. — Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

(Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat)

Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii : 3 linguri de desert pe zi.

Rachitism-Toate formele de tuberculoză Limfatism-Carii dentare-Creştere dificilă Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu coloidal + Vitamină D.

Lichid. — Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Demineralizare-Fosfaturie-Inapetenţă Neurastenie — Maladii consomptive Sarcină — Alăptare

PHOSPHARSYL

Fosfaţi de Calciu metilarseniaţi

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă.

Granule: 2 — 3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză—Neurastenie — Maladii astenizante — Debilitate — Fracturi Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

Fosfaţi de Calciu

Lichid: 2 — 3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL
Levulinat de calciu

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Rachitism — Turburări de creştere Tuberculoză — Alăptare — Fracturi Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

IRADIAT

Fosfat Pinard + Vitamina D.

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Laboratoires du Dr. PINARD-PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III — Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX. No. 10 — 10 lei Exemplarul — 15 Maiu 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

Proprietar: Prof. Dr. P. TOMESCU
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov
REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA SIBIU

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. I. IACOBOVICI şi Dr. D. VEREANU: *Sindrom pseudo-apendicular acut, simulat de o rugeolă* 153

Conf. Dr. ION GAVRILĂ: *Consideraţiuni asupra hemoragiilor intestinale în febra tifoidă* 154

Dr. GEORGE D. VINTILĂ: *Factorii de expulzie ai fătului* 156

Dr. A DOSIOS şi Dr. I. MINCIU: *Pervitina ca medicaţie adjuvantă în tratamentul psihozelor prin şocuri* 158

Pagina

PROBLEME DE ORGANIZARE ALE INVĂŢĂMÂNTULUI MEDICAL

Prof. Dr. TITU VASILIU: *Pentru o nouă şcoală medicală românească* 160

ORGANIZAREA SANITARĂ

Problemele discutate de Consiliul Superior al Sănătăţei:

Prof. Dr. M. CIUCĂ: *Organizarea campaniei antimalarice* . . . 163

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Ameliorarea practicei medicale în mediul rural* 164

CRONICI

Conf. E. LAZEANU: *Profesor A. D'Arsonval* 166

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Inaugurarea Sanatoriului «Sf. Elisabeta» 164

Descentralizarea Administraţiei Sanitare; Conferinţa inspectorilor generali sanitari la ministerul sănătăţii; Organizaţia sanitară în judeţe; Organizaţie unitară a serviciilor sanitare; Deciziunile comitetului de conducere al Colegiului medicilor 167

Ameliorarea practicei în mediul rural; Recensământul farmaciştilor şi droghiştilor; Infiinţarea şi organizarea consiliului de patronaj al operilor sociale; Reorganizarea serviciilor de radiologie ale statului 168

Substanţa sintetică unitară, fără alcaloizi cu acţiune spasmolitică vastă şi efect analgezic puternic, fără acţiune hipnotică accesorie

DOLANTIN

ADMINISTRABIL ORAL ŞI PARENTERAL
FIOLE, TABLETE, SUPOZITOARE

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

AKROFOLLIN - CHINOIN

derivat al hormonului fonicular, cu o acţiune potenţializată şi durabilă.
Hormonul izolat din corpul galben se obţine sub forma cristalizată şi chiar sintetică: acesta este principiul activ al Akrolutin-ei Chinoin.

Indicaţiuni:
Mulţumită acţiunei sale energice, Akrofollin - Chinoin influenţează în mod favorabil insuficienţele, ovariene cele mai grave: Amenoree primară şi secundară, întârzierea pubertăţii, castraţie, hipoplasie genitală, dismenoree prin hipoplasie uterină, hiper şi hipomenoree, turburările menopauzei, artrită reumatoidă cronică, prurit vulgar frigiditate, endrometite, avort cu retenţia foetusului, galactoree, vulvovaginitele fetiţelor etc.

Contra-indicaţiuni:
Turburări menstruale de origine ne hormonală, alterări grave ale stării generale (cachexîe etc.) getropatie hemoragică (degenerescenţă glandulo-kistică a mucoasei.)

Ambalaje:

Cutii de 5 fiole a 1 cmc. de 1000 Unităţi.
„ „ 1 şi 5 fiole a 1 cmc. de 10000 Unităţi.
„ „ 1 şi 5 fiole a 1 cmc. de 50000 „
„ „ 15 drageuri de 1000 Unităţi.
„ „ 10 „ „ 5000 „

Atragem atenţiunea D-lor medici asupra articolelor CHINOIN

RUBROPHEN: Injecţiuni, tablete, pomadă.

Indicaţiunile Rubrophen-ului Chinoin cuprind întreg domeniul tuberculozei chirurgicale.

LUTOCRESCIN: Injecţiuni, supozitoare.

Indicaţiuni:
Amenoreea primară şi secundară, hipoplazia genitală, poli şi raromenoree, dismenoree hipoplastică, hiperplazia grandulară cistică a endometrului, hemoragii juvenile, pubertate întârziată, menopauză precoce, tumori anexiale, iminenţă de avort.
Distrofia adiposo-genitală, obezitate hipofizică.
Criptorhidie, eunucoidism, impotenţă datorită hipoplaziei şi involuţiei, azoospermie, etc.

Ambalaje:

Cutii originale cu 5 fiole a 100 Unităţi
„ „ „ 5 „ „ 300 „
„ „ „ 10 supozitoare a 500 Unităţi

AKROLUTIN Indicaţiuni:

Amenoree primară şi secundară, metropathie hemoragică (degenerescenţă glandulo-chistică a mucoasei) dismenoree hipoplastică, hipomenoree, sterilitate, avort repetat, avort iminent.

Ambalaje:

Cutii cu 3 fiole de 0,5 U. I.
„ „ 1 şi 3 fiole de 2 U. I.
„ „ 1 şi 3 fiole de 5 U. I.

Reprezentant general exclusiv pentru România:
Cooperativa O. A. F. Oficiul de Aprovizionare Farmaceutic Bucureşti
Str. Pitar Moş No. 6

HYGEA

PRODUS CHIMIC ROMANESC
DE O EFICACITATE CONSTANTA
ŞI DE LUNGA DURATA

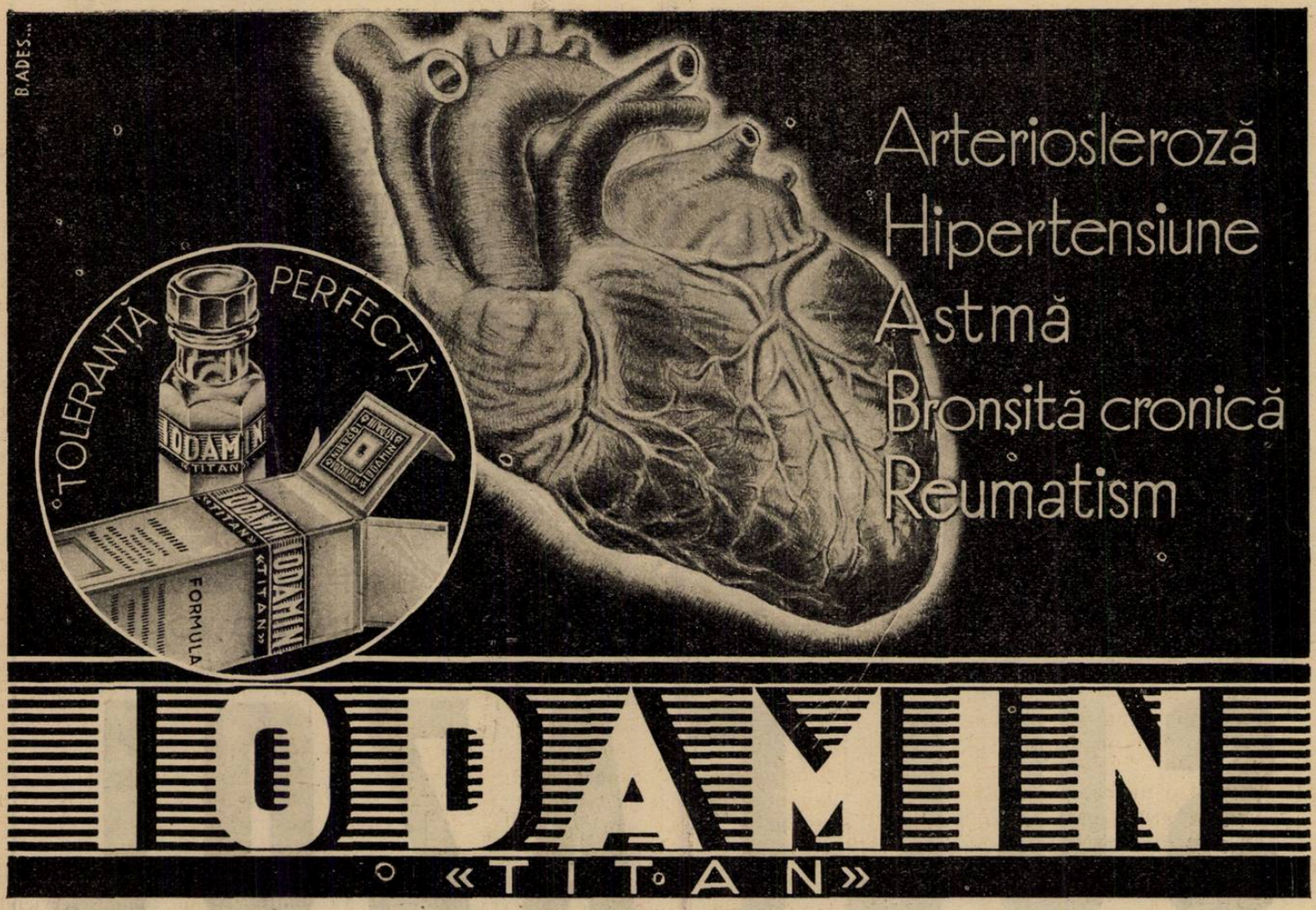
SEPTICEMII
BOLI INFECŢIOASE

SULFAZOL

TABLETE

Combinaţie de Clorhydrat de Sulfamido-Chrysoidina şi
p - Aminobenzen - Sulfamida, 2:1.

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R.
pentru produse chimice şi farmaceutice
BUCUREŞTI Splaiul Unirii 127. — Telefon 4.22.44



IODAMIN

«TITAN»

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. București, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

VITAMINA B_1

Betaxin

BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN a. Rh.

Pentru administrare perorală și parenterală în

NEVRITE ȘI NEVRALGII

nevritele sarcinei și lehuzei, polinevrită, nevrită alcoolică și nevrită optică, nevralgii intercostale și trigeminale, sciatică, apoi în beriberi, mielită funiculară și paralizii postdifterice

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMICEFA" S. A. R. București I. Strada Brezoianu 53, Telefon: 3.92.86

Anul XIX. No. 10 — 10 Lei Exemplarul — 15 Mai 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Sindrom pseudo-apendicular acut, simulat de o rugeola *)

de Prof. Dr. I. IACOBOVICI și Dr. D. VEREANU

Diverse afecțiuni medicale, pot îmbrăca uneori aspectul *unui fals abdomen acut* de tip chirurgical. In aceste cazuri, perspicacitatea, atât a chirurgului cât și a internistului este pusă la grea încercare.

De aceea, falsul abdomen acut este o problemă oricând de actualitate; a preocupat și va preocupa lumea medico-chirurgicală.

Profesorul E. Forgue, în al său interesant tratat: «Les pièges de la chirurgie», dă atenția cuvenită acestui capitol, insistând pentru cazurile îndoelnice asupra soluției chirurgicale: intervenția, după vechea formulă a lui Terrier: «dans le doute, ne pas s'abstenir».

In cadrul urgențelor de abdomen, apendicita acută ocupă primul loc și erorile de diagnostic în *apendicitele acute operate*, sunt relativ numeroase. Intr'o statistică mai veche (1913), de Quervain, pe 1723 de bolnavi operați pentru apendicită acută, a avut 94 de greșeli, deci 5,5% procentaj. E adevărat însă că din aceste 94 de cazuri, numai la 19 intervenția nu trebuia făcută (7 cazuri de pneumonie, 3 de febră tifoidă, 7 simulări la histerici, 1 caz de nefrită acută, 1 *caz de rugeolă).* In restul cazurilor, intervenția chirurgicală era absolut necesară sau într'o mică proporție, fără a fi imperios urgentă, era totuși de folos.

Pierre Duval (1913) pe 752 de apendicite acute diagnosticate și operate, numără 15 greșeli de diagnostic — aproape 2%, iar Forgue, la 628 de cazuri, numai 10 greșeli, deci 1,6%. Pentru Lenormand însă, proporția se ridică până la 10%, dar după remarca lui, din aceste greșeli de diagnostic, bolnavii n'au avut decât de câștigat, în marea majoritate a cazurilor fiind vorba de accidente abdominale acute, care necesitau o intervenție imediată.

Rămâne totuși un număr redus de bolnavi, la care putem *uneori* diagnostica și *un fals abdomen acut.* In aceste ...uri, drama aparent abdominală, ...decât manifestarea la distanță a ...fecțiuni toracice, a unei infec...erale, sau a unei intoxica-

...umar în revistă: ...nt cele mai frec... mai cu seamă ...ală și Ortopedică la copii. Unul dintre noi chiar, în decursul a doi ani de zile, a renunțat să opereze cinci pneumonii diagnosticate ca atare și trimise din oraș pentru a se interveni de urgență.

Infarctul miocardului și *angorul abdominal*, prin durerile epigastrice angoissante, greturile, vărsăturile și starea de șoc, pot îmbrăca aspectul unui fals abdomen acut. Ne putem gândi la asemenea posibilități la arterio-sclerosii trecuți de 50 de ani.

Crizele acetonemice, ale căror vărsături le putem greu deosebi de cele apendiculare, pot simula un sindrom pseudo-apendicular acut. De asemenea, *crizele saturnine.*

Purpura — uneori poate da dureri abdominale violente cu vărsături, retracția abdomenului sau balonarea lui, temperatură și facies alterat.

Mai rar, pot îmbrăca semnele unui sindrom abdominal acut: *reflexele reno-abdominale din colicile nefretice — leziunile epididimare — formele pseudo-peritoneale de paludism — adenitele acute mezenterice* și *sindromele anafilactice* arătate de Americani sub numele de *alergii abdominale.* De menționat și *reumatismul ab-articular* citat de Forgue.

Dintre *maladiile infecțioase*, Finney a atras atenția asupra durerii acute abdominale la debutul *oreillonului.* Confuzia este rară. N'am mai găsit o citată.

Febra tifoidă însă, mai cu seamă în formele cu debut brusc, (mai dese la copii după Hutinel), când vărsăturile sunt aproape constante, asociate cu dureri abdominale și temperatură ridicată, te pot înșela, simulând o apendicită acută. In aceste condițiuni Forgue a operat două cazuri, iar în statistica lui de Quervain găsim trei cazuri operate.

In ceeace privește *scarlatina*, Simonin (citat în Monografia lui Berard) a arătat frecvența reacțiilor apendiculare în cursul acestei maladii. Pe noi însă, ne interesează cazurile de boli infecțioase ce îmbracă *un tablou abdominal acut* în timpul incubației, cu câteva zile înainte de stabilirea erupției, deci a diagnosticului pozitv, sau în perioada de stare a formelor fruste. Astfel, în ziua de 29.VI.1939, s'a prezentat unuia dintre noi, o fetiță operată cu cinci zile înainte la Târgoviște, pentru o apendicită acută. Fusese trimisă la București și internată la sanatoriul Brâncovenesc din cauza fenomenelor peritoneale, spre a se reinterveni. Cum starea generală bună contrasta cu semnele locale, am temporizat și nu mică ne-a fost surprinderea, constatând peste trei zile, apariția unei descuamări tipic scarlatinoase, coincidând cu dispariția falsului abdomen acut.

Tot în statistica atât de instructivă a lui de Quervain, găsim trecut operat și un caz de rugeolă. Nici Forgue, nici Mondor și nici Gerota, nu dau detalii asupra acestei eventualități rare, și atunci cazul nostru apare cu atât mai interesant, cu cât a fost urmărit și observat în de-aproape.

Pacientul Gh. I. de 23 ani, student la Facultatea de Medicină, se internează în Clinica Chirurgicală și Ortopedică, unde tocmai funcționa ca extern, pentru:

dureri în fosa iliacă dr. cu iradieri spre punctul cistic, dureri în deglutiție, temperatură.

Istoric. Cu două zile înainte de internare, s'a simțit rău în timpul serviciului: dureri osteo-articulare și musculare, curbatură, jenă în deglutiție, și temperatură între 38-39°. Își pune diagnosticul de amigdalită cu stare gripală și se tratează singur cu antipiretice și desinfecție faringo-amigdaliană, păstrând patul.

Ziua următoare, temperatura crește, starea de rău se accentuiază și spre seară, apar dureri în fosa iliacă dr. Cum de câțiva ani se știa posesorul unei apendicite cronice, roagă pe unul dintre noi să-l vadă acasă. Examinat, se constată:

1. o amigdalită pultacee bilaterală.

2. punctul Mac Burney dureros spontan și la palpare, abdomenul suplu. Subiectiv: anorexie, greturi, constipație.

I se institue un tratament și un regim adequat. A doua zi dimineața suntem rugați a trece din nou să-l vedem, întrucât cu toată medicația dată, se simte mai rău. Găsim de data aceasta, pe lângă punctul apendicular și mai dureros și colecistul sensibil, iar greturile au fost însoțite de vărsături. Il sfătuim să se interneze în serviciu, ceeace și face de urgență (28 Ianuarie 1939).

O leucocitoză făcută în dimineața internării, arată 17.200 globule albe, cu 85% polinucleare neutrofile, 8% limfocite, 6% monocite, și 1% eosinofile.

Tactul rectal nu dă nimic deosebit.

I se pune ghiață pe abdomen, se fac 2 cmc. Omnadin, Albastru de metylen pentru badijonaj și 4 comprimate de Septasin de luat în cursul zilei.

In antecedentele personale: scarlatină la 2 ani, oreillon la 8 ani, enterocolită la 10 ani. De doi ani i s'a diagnosticat o apendicită cronică.

In seara internării, temperatura se ridică până la 39,°3.

A doua zi, înainte de prânz, (a treia zi de boală) este apucat brusc de un junghiu violent cu localizare colecistică şi iradiaţiuni epigastrice. Durerea este atât de puternică, încât merge până la angoissă; durează aproape 10 minute, după care pacientul nostru face un frison cu ridicarea temperaturei până la 40,5°. Abia după o jumătate de oră lucrurile se mai potolesc. Junghiul dela nivelul colecistului a dispărut, dar sensibilitatea din fosa iliacă e mai accentuată ca oricând, *deşi peretele abdominal este suplu.* Faciesul palid, tras, puls 110, bine bătut. In faţa acestui tablou simptomatic, *se putea discuta eventualitatea unei perforaţii apendiculare,* frisonul pledând pentru o formă gangrenoasă de apendicită acută.

Cum pacientul nostru era medicinist (şi chirurgii cunosc destul de bine formele grele de boală pe care le fac confraţii), extern al Serviciului, şi pe deasupra şi rubedenie cu secundarul Serviciului, s'a hotărât un consult pentru ora 4 după amiază. Intre timp, i s'a luat sânge pentru o hemocultură, pentru căutarea hematozuarului şi i s'au făcut şi 4 cmc. de urotropină intravenos.

Până la ora consultului, bolnavul nostru s'a mai liniştit puţin, dar sensibilitatea deosebită a fosei iliace, s'a menţinut, *însă cu acelaş perete suplu.* Intre timp, amigdalita pultacee cedase, lăsând amigdalele încă congestionate şi un faringe suficient de roşu şi el.

La ora consultului, după trecerea în revistă a diverselor posibilităţi, diagnosticul pozitiv a rămas în suspensie, iar drept conduită terapeutică, s'a hotărât espectativa şi continuarea tratamentului general. Această hotărâre a fost luată în urma faptului că starea generală a bolnavului, dacă nu s'a îmbunătăţit mult, nici nu a mers alterându-se progresiv. Urma să fie revăzut a doua zi.

In dimineaţa a patra de boală însă, problema diagnosticului s'a rezolvat dela sine. Când am intrat în serviciu, prima vizită a fost natural, la rezerva externului nostru. Ni s'a înfăţişat atunci *o erupţie morbiliformă* de toată frumuseţea. Ba încă pacientul pentru care pusesem destulă teamă, ne-a dat şi explicaţia contaminării: cu două săptămâni înainte pansase în serviciu un copil, la care după 24 de ore, apăruse o rugeolă. Evoluţia maladiei infecţioase s'a făcut normal la pacientul nostru, iar fenomenele abdominale au cedat odată cu apariţia erupţiei. După izolarea necesară şi un repaus de convalescenţă, externul nostru şi-a putut relua activitatea în serviciu.

Graţie bunăvoinţei d-lui Agregat Dr. E. Christidi, putem adăoga încă două observaţiuni asemănătoare cazului de mai sus.

Observ. 1. Bolnavul O. I. de 15 ani, este văzut acasă în seara zilei de 15 Martie 1939, pentru dureri în abdomen, temperatură 39°, frison, vărsături, fenomene care datează din dimineaţa aceleiaşi zile. La examenul bolnavului, pe lângă semnele generale, se constată durere la presiune în fosa iliacă dr., fără a fi prea violentă, fără contractură de apărare, restul abdomenului fiind liber. Tuşeul rectal nimic deosebit. A avut scaun în ziua precedentă. Limba saburală, funtul gâtului normal. Pulmonar nimic deosebit. In antecedente, *repetate crize de apendicită,* confirmate de medicul curant. Examenul sângelui: 15.000 de leucocite cu 80% polinucleare. Se intervine în aceiaşi seară cu diagnosticul de apendicită acută — în Sanatoriul Brâncovenesc.

Anestezie locală. — La deschiderea abdomenului se constată un apendice normal, cu membrană Jackson pe cec. *Urmările post-operatorii:* în prima zi temperatura scade la 37°, dar a doua zi revine la 38°. A treia zi face o erupţie morbiliformă şi bolnavul este evacuat la domiciliu, unde urmările post-operatorii sunt normale. La a 8-a zi se scot firele — reunire prin prima intenţie. Rugeola îşi urmează cursul şi se vindecă fără nici o complicaţie.

Observ. 2. D-ra A. F. de 19 ani, prezintă. Limba saburală, fundul gâtului normal, fosa iliacă dr. şi temperatură. La examenul bolnavei se constată un punct dureros în fosa iliacă dr. (Mac Burney) restul abdomenului liber, temperatura 38°, starea generală bună, uşoară congestie amigdaliană. Fenomenele abdominale reduse, uşoara congestie amigdaliană şi cazul precedent, au determinat pe d. dr. Christidi să încline pentru o maladie contagioasă şi a rugat ca bolnava să fie văzută şi de un internist. După câteva zile a fost informat că bolnava a făcut o rugeolă. Ulterior a fost operată de apendicită, întrucât şi această bolnavă era o veche apendiculară şi acest fapt ca şi în observaţia precedentă, putea induce în eroare punerea unui diagnostic.

Noi n'am pus indicaţia operatorie de urgenţă, din cauza contrastului dintre fenomenele generale alarmante şi semnele locale reduse ca intensitate, cât şi datorită faptului că după frisonul şi starea generală îngrijorătoare din dimineaţa zilei a treia de boală, până după amiază la ora consultului, *semnele locale au rămas aceleaşi,* nu au evoluat înspre mai rău.

D-l Dr. Christidi, sensibilizat de primul caz, a temporizat pe al doilea şi diagnosticul i-a fost confirmat.

Prin prezentarea articolului nostru, dorim să atragem atenţia asupra acestei probleme, contribuind astfel la reducerea greşelilor de diagnostic, în cadrul abdomenului acut.

Consideraţiuni asupra hemoragiilor intestinale în febra tifoidă.

de Conf. Dr. ION GAVRILA
Medic primar Sibiu

Febra tifoidă este o boală infecto-contagioasă, care în primul rând este o septicemie cu bacilul Eberth şi numai în mod secundar se produc localizări în diferite organe limfatice şi mai ales în plăcile lui Payer şi în foliculii limfatici din intestinul subţire. Această localizare intestinală uneori predomină întreg tabloul clinic al boli, ceice a făcut pe vechii autori să considere febra tifoidă ca o boală gastro-intestinală, de unde i-au dat denumirea de dothienterită *(Bretoneau),* dothienenterie *(Trousseau).*

Localizarea intestinală a boli produce o serie de complicaţii şi dintre acestea cele mai importante sunt: hemoragia şi perforaţia intestinală.

In articolul de faţă ne vom ocupa de hemoragia intestinală în legătură cu cazurile prezentând această complicaţie, observate în Spitalul Epidemic din Cluj în ultimii 5½ ani (1935—1940 August.)

In acest timp au fost internaţi în acest serviciu 703 cazuri de febră tifoidă, dintre cari au sucombat 83, deci 11,8% mortalitate.

Frecvenţa. Din aceste 703 de cazuri hemoragii intestinale s'au înregistrat în 61 cazuri, deci un procent global de 8,67%. Frecvenţa în cursul anilor a variat între 3,19% (1935) şi 11,38% (1938).

Repartizarea după etate. In raport cu etatea hemoragiile intestinale în observaţiile noastre se prezintă în felul următor: între 3—10 ani 3 hemoragii (4,9%), între 11—15 ani 3 (4,9%), între 16—20 de ani 16 (26,2%), între 21—30 ani 28 (45,9%), între 31-40 ani 8 (13,1%), între 41—50 ani 3 hemoragii (4,9%). Deci această complicaţie predomină între 16—30 de ani şi mai rar se întâlneşte la celelalte vârste, totuşi ea se poate constata la orice vârstă, chiar şi la copii între 3—10 ani.

După *sex* repartizarea este apro[x] egală: 29 bărbaţi (48%) şi 32 [f] (52%).

Repartizarea după per[ioada] tifoide. In prima săpt[ămână] dei febrile s'a pr[oduc] mai într'un sing[ur]

A apărut...

DOCUMENTS EXPERIMENTAUX
ET CLINIQUES
SUR LE

DAGÉNAN

(Sulfapyridine)

693

EDIŢIA li-a
în limba franceză

O colecţie de 150 pagini rezumând bibliografia internaţională a Dagénoterapiei în tratamentul infecţiunilor pneumococice, gonococice, meningococice, streptococice, stafilococice.

ACEASTA BROŞURA SE TRIMITE GRATUIT CORPULUI MEDICAL
LA SIMPLA CERERE ADRESATA:

...CIA MARQUES POULENC FRÈRES USINES DU RHÔNE – Str. Anastasie Simu 6 - BUCUREŞTI (3)

EUPHORYL

DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV^e DAUMESNIL - P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL - PARIS

ANA
PARIS

Lirudinase

(DRAGELE)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipicoare

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PA

Salicylate SURACTIVE "ANA"

SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr.
SALICILAT de SODIU
SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE

INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XIIe

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI - BUCUREŞTI, IV

Domnii medici găsesc la Dispoziţia d-lor, mostre gratuite la cerere.

săptămână în 12 cazuri (19%), în a 3-a săptămână în 23 de cazuri (37,7%), în a 4-a săptămână în 14 cazuri (22,9%), în a 5-a săptămână în 6 cazuri (9,8%), în a 6-a săptămână în 2 cazuri (3,2%), la începutul convalescenţii în 3 cazuri (4,9%). Se constată deci că hemoragiile sunt mai dese în săptămâna 3-a (37,7%), apoi în ordinea frecvenţii urmează săptămâna a 4-a (22,9%), săptămâna a 2-a (19%), săptămâna a 5-a (9,8%), la începutul convalescenţii (4,9%), săptămâna a 6-a (3,2%), şi săptămâna I-a (1,6%). Rezultă deci din aceste date că în mod excepţional hemoragia poate surveni şi în săptămâna întâia a boalei, după cum se poate întâlni şi la începutul convalescenţii după ce bolnavul a devenit complect afebril.

Repartizarea în raport cu gravitatea boli. In această privinţă au fost 288 cazuri uşoare de febră tifoidă cu 3 hemoragii (1,04%), 229 cazuri mijlocii de boală cu 5 hemoragii (2,19), 186 cazuri grave de boală cu 53 hemoragii (28,49%). Rezultă din aceste date că hemoragiile intestinale predomină în formele grave de febră tifoidă, totuşi ele se întâlnesc şi în cazurile uşoare şi mijlocii de boală.

Numărul şi cantitatea hemoragiilor. In 31 de cazuri hemoragia a fost unică, nu s'a mai repetat, în celelalte cazuri hemoragiile s'au repetat fie în aceeaşi zi, fie în zilele următoare, în 11 cazuri au fost 2 hemoragii, în 8 cazuri 3, în 4 cazuri hemoragia s'a repetat de 4 ori, în 2 cazuri de 5 ori.

In ce priveşte cantitatea de sânge eliminat în cele mai multe cazuri a fost de 200—400 cm. c. odată, însă uneori s'au eliminat cantităţi mult mai mari, 500—1000—1500 cm. c. odată.

Simptomatologia. Simptomele clinice înregistrate au fost cele clasice întâlnite în aceste cazuri. In cazurile cu hemoragii mici (50—150) cm. c., nu se observă nici un simptom clinic deosebit, numai dacă suntem atenţi la scaun, constatăm că acesta este puţin roşu în mod uniform sau numai cu striaţiuni sangvine. In hemoragii ceva mai mari, 200—400 cm. c. sânge, scaunul conţine sângele aproape în natură, pe lângă aceasta bolnavul prezintă o paloare mai mult sau mai puţin pronunţată şi o uşoară tachicardie. Temperatura uneori scade pentru a se ridica apoi din nou, alteori rămâne nemodificată. In hemoragiile mari, de 500— [illegible] cm. c. odată, se constată semnele [illegible] foarte dramatice ale hemo[illegible]erne: semne generale de a[illegible] paloare extremă a feţii, [illegible] vertijii, polipnee, [illegible] filiform, scăderea bruscă a temperaturii şi accelerarea intensă a pulsului. Sângele este eliminat în cantitate mare sub formă de sânge rutilant amestecat cu chiaguri mari, inundă întreagă rufăria şi patul. Bolnavul poate sucomba într'o astfel de hemoragie, ceeace s'a întâmplat în 7 din cazurile noastre. Hemoragia de obiceiu nu se poate prevedea, totuşi dacă examinăm cu atenţie în fiecare zi bolnavul, ne-ar putea atrage atenţia asupra ei ridicarea pulsului, ridicarea pasageră a presiunii arteriale şi dispariţia dicrotismului pulsului.

Prognostic. In general hemoragia intestinală, după părerea tuturor autorilor constitue o complicţie foarte gravă în cursul febrei tifoide. Procentul de mortalitate produs prin hemoragie variază după autori: *Liebermann* 27%, *Griesinger* 31%, *Homolle* 44%, *Murchison* 53%.

Dintre cele 61 de cazuri ale noastre cu hemoragie au sucombat 25, deci 40%. Insă nu în toate aceste cazuri cauza morţii a fost hemoragia propriu zisă, ci în cele mai multe a fost gravitatea generală a boli, infecţia masivă eberthiniană, şi hemoragia numai a mai contribuit şi ea la agravarea acestei stări. Numai în 7 (11,499%) cazuri cauza imediată a morţii a fost hemoragia masivă. In 8 cazuri moartea a survenit tot cu ocazia hemoragiei, însă hemoragia în sine a fost de cantitate redusă, moartea survenind din cauza gravităţii boalei In alte zece cazuri moartea s'a produs la un interval de 10—30 de zile după hemoragie.

Trousseau şi *Stumpell* nu vedeau prognosticul hemoragiei aşa de grav, observând adesea după hemoragie scăderea litică a temperaturii şi vindecarea cazului. In ultimul timp aceste discuţii asupra influenţii sângerărilor asupra evoluţiei febrei tifoide sunt reluate de alţi autori, ca *L. Ambard, P. Barthelme şi P. Mandel* (La Presse Médicale 1938 Nr.63 p. 1209), susţinând că aceste hemoragii ar avea uneori o oarecare influenţă favorabilă asupra evoluţiei boli, după ele instalându-se repede convalescenţa, chiar pun posibilitatea de a practica în scop terapeutic emisiuni sangvine la tifici combinate cu o dietă hidrică timp de 2—3 zile. Autorii au şi practicat o astfel de emisiune, în cantitate de 350 cm. c. la o bolnavă de 24 ani supunând-o în acelaş timp unei diete hidrice de 3 zile, observând că după 3 zile dela emisiunea sangvină devine afebrilă şi intră în convalescenţă.

Dei fapt s noi am observat aceasta comportare a boli în 13 din observaţiunile noastre, unde după o hemoragie mijlocie (300—500) bolnavul a intrat în perioada de defervescenţă, temperatura scăzând în mod litic, în curs de 7—10 zile. Insă părerea noastră este că această defervescentă imediat după hemoragie pare a fi o simplă coincidenţă şi nu hemoragia a fost cauza ei, deci defervescenţa tot aşa s'ar fi instalat şi fără aceasta hemoragie. De fapt în toate aceste cazuri în momentul hemoragiei ne găseam la sfârşitul săptămânei a 2-a sau în a 3—4-a săptămână de boală. când defervescenţa poate surveni în orice moment.

In consecinţă hemoragia intestinală trebue considerată drept o complicaţie foarte gravă, pentrucă ea arată un proces ulcerativ şi necrotic progresiv în peretele intestinal şi deci poate fi urmată de complicaţia cea mai gravă în febra tifoidă, de perforaţia intestinală. ceeace s'a produs în 6 din observaţiile noastre (9,8%).

Tratament. In primul rând se impune imobilizarea absolută a bolnavului. Se aplică pungă cu ghiaţă pe abdomen.

Regim alimentar absolut timp de 8—12 ore, numai câte puţin ceaiu cu linguriţa. După acest timp ceaiu cu lapte rece (½+½), o jumătate litru de lapte pe zi luat fracţionat. Cantitatea de lapte se creşte apoi încet, mai adogăm şi alte alimente lichide. Timp de 15 zile rămânem la alimentaţie lactohidrică. Pentru calmarea setei se pot da mici bucăţi de ghiaţă pe cale bucală. Pentru diminuarea peristaltismului intestinal administrăm o injecţie cu pantopon sau morfină.

Un factor important al tratamentului dela început sunt cardiotonicele pentru combaterea colapsului: oleu camforat, veritol, cafeină, strichnină, adrenalină, etc.

In vederea opririi hemoragiei recurgem la diferitele medicamente hemostatice: calciu (intravenos, intramuscular), clauden, coagulen, sangostop, gelatină sterilizată, ser hipertonic 10%,20 cm. c. de 3—4 ori pe zi intravenos, ser de cal normal 40—60 cm. c.

Pentru înlocuirea lichidului perdut facem infuziuni subcutanate cu ser fiziologic 200—500 cm. c., ser glucozat 20% intravenos (100—300 cm. c.). In ultima instanţă recurgem la transfuzie de sânge, 200—500 cm. c., în caz de lipsă repetată. Dacă este posibil transfuzia să se facă dela un convalescent de febră tifoidă.

FACTORII DE EXPULZIE AI FĂTULUI

de Dr. GEORGE D. VINTILĂ
Asistent Universit.

Adeseori se aude în clinică vorbindu-se că expulzia fătului este întârziată din cauza peretelui abdominal slăbit.

Expresiunea nu este gratuită fiindcă şi în unele tratate găsim acest lucru afirmat.

In această privinţă E. Bumm, care consideră muşchii abdominali anterolaterali ca o a doua forţă de expulzie a fătului, alături de aceia a uterului, spune:

Această presă abdominală, după cum numeşte el muşchii antero-laterali ai abdomenului, este pusă în acţiune în felul următor:

O inspiraţie profundă deprimă diafragmul, după care survine contracţia muşchilor anterolaterali ai peretelui abdominal, în timp ce eforturile de expiraţie, glota fiind închisă, deprimă şi mai mult diafragmul. Prin coborîrea acestui din urmă muşchiu pedeoparte, şi scurtarea simultană a muşchilor plaţi ai abodomenului pe dealtă parte, cavitatea abdominală se micşorează şi presiunea creşte. Acest exces de presiune provocată prin acţiunea sacadată a muşchilor, repartizată în mod egal în toate direcţiile, face conţinutul mobil al abdomenului să tindă a scăpa către locurile unde contra-presiunea lipseşte, adică către orificiile planşeului pelvian, pentru intestin, vagin şi uretră, iar în cazurile patologice către orificiile herniare.

In timpul naşterii, acţiunea presei abdominale se adaogă la aceia a presiunei interioare a uterului cauzată de contracţii şi amândouă împreună formează presiunea generală a conţinutului (Lahs), care împinge fetusul în jos, în direcţia celei mai mici rezistenţe.

Mai departe adaogă: Forţa de care dispune uterul nu este suficientă, adică capabilă să poată împinge fătul prin căile genitale; la aceasta se adaogă forţa expulsivă a muşchilor abdominali, presa abdominală. Când craniul începe să fie vizibil la vulvă, efortul parturientei este introdus printr'o contracţie uterină care face să avanseze craniul numai dacă intră în joc muşchii abdominali; iar dacă această presă abdominală nu funcţionează suficient, cum se întâmplă la multipare cu peretele slăbit, craniul stă la vulvă, chiar dacă perineul este relaxat.

Reţinem din expoziţia lui Bumm următoarele:

Muschii abdominali se contractă voluntar, presiunea intra-abdominală este repartizată în mod egal în toate direcţiile, forţa de care dispune uterul nu este suficientă ca să expulzeze fătul; când craniul este la vulvă numai după ce intră în joc contracţia muşchilor abdominali craniul este expulzat. Cu elte cuvinte, rolul uterului este secundar faţă de cel al contracţiei muşchilor abdominali.

Autori ca J. D. Mauchotte şi L. Chauvais, pretind că după ce dilataţia orificiului uterin este completă, capul pătrunde în partea superioară, graţie contracţiei uterului şi a contracţiilor reflexe a muşchilor abdominali ajutaţi prin eforturile femeei în perioada de expulzie a fătului.

Din această a doua teorie, reţinem că muşchii se contractă reflex şi că sunt ajutaţi de eforturile parturientei. Vom vedeea mai departe ce sunt aceste eforturi.

In tratatul lui Bar-Brindeau şi în acel a lui Maygrier şi Schwaab nu se pomeneşte nimic de rolul muşchilor abdominali.

Din aceste atitudini contra-dictorii vom căuta a limpezi adevăratul rol al muşchilor antero-laterali ai abdomenului pe consideraţiile mai jos descrise:

Consideraţiuni anatomice: după Profesor Rainer Fr.

Peretele anterior al abdomenului este format din aponevrozele de inserţie ale oblicului intern, transversului şi oblicului extern. Aceşti muşchi depăşesc linia mediană şi în totalitate realizează o chingă musculo-aponevrotică, prinzând în îmbrăţişarea lor muşchii drepţi ai abdomenului.

Chinga este constituită admirabil pentru rezistenţa mecanică, fiindcă fasciculele acestor muşchi au o orientare opusă: oblicul extern (mare) are fasciculele muşchiulare îndreptate dinapoi înainte şi de sus în jos, oblicul intern (mic) fasciculele sale merg dinapoi înainte şi de jos în sus ca un evantail; al treilea muşchi, transversul cu fasciculele transversale, completează mecanic pe ceilalţi.

Tendoanele late ale acestor trei muşchi se împletesc pe linia mediană; iar dreptul se aşează în teaca formată din aceşti 6 muşchi.

Din această expunere reţinem:

Muşchii antero-laterali ai abdomenului sunt reduşi în partea lor anterioară la nişte tendoane aponevrotice în care muşchii drepţi se mişcă liber şi în totalitatea lor formează o rezistenţă mecanică.

Consideraţiuni fiziologice:

Acţiunea oblicului mare: când ia punct de sprijin pe basin, coboară coastele, (muşchiu expirator), devine flector al toracelui pe basin; comprimă viscerile abdominale; iar dacă ia sprijin pe torace, ridică basinul şi-l flectează pe coaste.

Acţiunea oblicului mic este aproape identică cu aceea a oblicului mare, când se contractă simultan.

Acţiunea transversului abdominal: când fasciculele se inseră pe coaste, le apropie de linia mediană şi concură astfel la micşorarea toracelui, deci este expirator; însă principala lui funcţiune este să comprime viscerile pe coloana vertebrală ca o chingă şi ia deci parte la vomitare, micţiune, defecaţie şi naştere.

Acţiunea drepţilor, când iau punct de sprijin pe pubis coboară coastele, flectează toracele pe basin şi este expirator; când iau punct de sprijin pe torace flectează basinul pe torace. Fiind un muşchiu scobit cu curbura îndreptată înapoi, când se contractă are drept rezultat redresarea curburei şi comprimă viscerele, ajutând astfel fenomenul de expulzie al organelor scobite din abdomen: vezică urinară, stomac, rect şi uter.

Reţinem din această acţiune fisiologică:

Muschii antero-laterali ai abdomenului sunt muschi expiratori, flectori ai basinului pe torace sau ai toracelui pe basin şi că prin contracţia lor împing înapoi către coloana vertebrală organele scobite exprimându-le conţinutul.

Consideraţiuni asupra presiunei intra-abdominale (după Prof. Rainer):

Există un sistem corelativ între presiunea intra-abdominală şi rezistenţa pereţilor abdominali; la sexul femenin pereţii abdomenului trebue să se adapte variaţiunilor care rezultă din anumite stări fisiologice (sarcina). Aceste grade de distensie sunt supor[tate] mai uşor ori mai greu după [cum] sunt constituiţi pereţii [abdomi]nali. Distanţa ombilic[o-pubiană] sporeşte la un perete [abdominal] ticitate insuficientă

Pentru hemostază

MANETOL

In hemoragii ale traectului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale, vezicale, etc. Ca profilactic înainte de operaţiuni şi pentru prevenirea hemoragiilor postoperative

Ambalaje originale

Cutii cu 5 fiole Manetol de 1 cmc.
Cutii de 25 fiole de 1 cmc.

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

...ne şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, fon: 3.92.86

ANEMOTON „GAMMA" ELIXIR

TONICUL CU GUST AGREABIL

ANEMIE LIMFATISM SURMENAJ

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV.

Presiunea abdominală este datorită conţinutului, latura abdomenului care primeşte presiunea variază cu poziţia; în stomac presiunea este mai mică decât în rect; deci presiunile declive sunt mai mari şi prin urmare nu se poate vorbi de o presiune uniformă (cum spune Bumm), ci de mai multe presiuni variate.

Este o serie întreagă de constatări cari arată rolul jucat de presiunea intra-abdominală şi care se manifestă asupra tuturor rezervoarelor din abdomen; la această presiune se adaogă însă şi presiunea lor proprie, spre ex.: presiunea intra-uterină, desvoltată prin contracţie.

Presiunea intra-abdominală creşte în timpul graviditătii asemeni gazelor adunate în intestine.

Aceasta mă face să cred că formarea segmentului inferior, care începe să se desvolte din luna 5-a, se constitue sub influenţa contină a acestei presiuni intra-abdominale, la care se adaogă şi presiunea intra-uterină şi prin care se caută să fie conţinutul împins către punctele mai slabe ale planşeului pelvian.

Rezumat: presiunea intra-abdominală este în funcţie de conţinut, de gradul de rezistenţă a chingei musculo-aponevrotice şi nu este uniformă (mai mare în partea declivă).

Dacă analizăm toate aceste consideraţiuni, răspunsul în ceea ce priveşte rolul muşchilor ca factori ai expulziei se deduce astfel:

După Bumm muşchii antero-laterali ai abdomenului se contractă şi se scurtează, adică se petrece o acţiune voluntară, după alţii în mod reflex şi din acţiunea lor fisiologică cum sunt drepţii, contractându-se, ei împing către coloana vertebrală conţinutul abdominal.

Critici: Când un muşchi se contractă, el se scurtează în lungime, se îngroaşă şi capetele lui se apropie; deci când chinga abdominală se contractă trebue să aibe loc din două una: ori basinul se flectează pe torace, ori toracele pe basin. Când aceşti muşchi se contractă, se mai observă următorul fenomen: abdomenul se scobeşte şi prin aceasta organele intra-abdominale sunt împinse spre centru şi astfel exprimate; presiunea intra-abdominală creşte mai puţin fiindcă îi găseşte de refugiu sub bolta diafragmatică.

Când muşchii abdominali se contractă, cum se apropie în mod activ de coloana vertebrală şi apoi în mod pasiv îşi revin la poziţia iniţială. Acest fel de acţiune prin contracţia activă nu este însă capabilă să exprime organele abdominale, ci cel mult să facă a creşte presiunea intra-abdominală în partea sa superioară.

Această contracţie este însoţită de inspiraţie.

Deci contracţia activă a muşchilor abdominali nu ajută la expulzia fătului, fiindcă în loc să facă să crească presiunea în partea declivă, în zona uterului, presiunea creşte în partea superioară a abdomenului.

Aplicaţi mâna pe abdomen în momentul expulziei, veţi simţi că mâna este îndepărtată de uter, ceeace înseamnă că muşchii sunt îndepărtaţi de linia mediană a corpului; ei suferă un fel de destindere pasivă în toate direcţiile.

Următoarea experienţă confirmă cele de mai sus:

Se înfig două ace de injecţii în peretele uterin, mai întâi şi în timpul unei contracţii se vede cum, pavilioanele lor se îndepărtează, în timp ce vârfurile se apropie; acest lucru înseamnă că muşchiul uterin se contractă, pe când muşchii abdominali se destind în mod pasiv; dacă înfigem acele numai în muşchii abdominali se observă că acele se depărtează la fiecare efort de expulzie, prin vârfurile lor.

Deci, dacă aceşti muşchi s'ar contracta activ ei ar trebui să se aplice pe tumora uterină şi să urmeze în contracţie un paralelism asemeni muşchiului uterin, ceeace nici fiziologic nu este posibil, adică o sinergie kinetică între un muşchi striat pe deoparte şi între unul automat pe dealtă parte.

Chiar atunci când se fac înscrierile grafice pentru contracţie şi expulzie acestea demonstrează numai acţiunea uterului care se anunţă printr'o durere şi se termină după încetarea durerei.

Fenomenul expulziei se petrece deci astfel:

Mai întâi survine o inspiraţie profundă, glota se închide, aerul care este făcut prizonier în plămâni, apasă pe diafragm; crescând presiunea intra-abdominală, pereţii abdominali sunt îndepărtaţi de linia mediană şi deci în mod pasiv ei devin o chingă de rezistenţă mecanică; faptul acesta este dovedit şi în mod practic fiindcă atunci când pereţii sunt deficienţi şi deci uşor destinşi, s'au înlocuit prin aplicarea unei centuri abdominale, mărindu-le astfel rezistenţa.

Se întâmplă câteodată, ceiace spune şi Bumm, când craniul ajunge la orificiul vulvar, ca uterul să obosească şi atunci noi prin aplicarea mâinelor pe flancurile uterului îl exprimăm; cu alte cuvinte adăogăm o forţă secundară care ar trebui să fie muşchii abdominali; însă ei nu pot face aceasta fiindcă în loc să se apropie de uter se îndepărtează.

Prin urmare, efort înseamnă mărirea presiunei intra-abdominale pe care o face parturienta prin deprimarea diafragmului, creşterea presiunei în partea declivă a abdomenului şi a presiunei intra-uterine, silind astfel conţinutul să scape spre punctele de eşire; de aceea, după ce craniul s'a incoronat spunem femeei să deschidă larg gura şi să suprime astfel fenomenul de apnee, adică să libereze aerul care deprimă diafragmul.

Oridecâteori survine o inerţie, ne adresăm prin ocitocice uterului şi niciodată muşchilor abdominali. Femeile cu diastazis al pereţilor abdominali nasc foarte uşor, chiar când abdomenul este cu eventraţie sau pendulum.

In această regiune muşchii abdominali fiind reduşi la tendoanele de inserţie — elemntul aponevrotic este lipsit complet de contracţie — deci acţiunea lor este nulă.

Sunt îndeajuns de cunoscute naşterile în paraplegii fără niciun inconvenient. Injecţiile epidurale, care se întrebuinţează în naşterile fără durere, muşchii fiind paralizaţi, contracţia uterului efectuiază singură expulzia.

Rămâne de văzut dacă presiunea abdominală joacă acest rol activ în expulzie prin următoarele experienţe cari sunt în curs:

Deschiderea cavităţii abdominale în timpul travaliului, secţionarea nervilor diafragmului şi rezecţia muşchilor abdominali.

Concluzie. Golirea organelor intra-abdominale se produce: prin creşterea presiunei intra-abdominale datorită deprimării diafragmului şi rezistenţei mecanice şi pasivă a muşchilor abdominali; golirea uterului se produce prin contracţia muşchiului uterin, creşterea presiunei intra-ovulare ajutată fiind de presiunea intra-abdominală ca efect al rezistenţei mecanice şi pasive a muşchilor antero-laterali ai abdomenului.

Pervitina ca medicaţie adjuvantă în tratamentul psihozelor prin şocuri *)

de Dr. A. DOSIOS şi Dr. I. MINCIU

Pervitina face parte din seria aminelor biogene, dintre care cele mai cunoscute sunt Adrenalina, Efedrina, Tyramina, Simpatolul, Benzedrina, Suprifenul,etc.

Pervitina este ultimul venit în grupul acestor corpuri.

Ea este un chlorhidrat de 1 — phenil — 2 — metylaminopropan, având următoarea formulă :

$$— CH_2 — CH(NHCH_3) — CH_3$$

Din punct de vedere chimic, ea este situată între Efedrină şi Benzedrină, deosebindu-se de Efedrină prin absenţa unui grup OH în lanţul lateral.

$$-CH(OH)-CH(NHCH_3)-CH_3$$
(Efedrină).

Principalele proprietăţi ale acestui nou preparat, constau dintr'o dublă acţiune analeptică periferică şi centrală, manifestându-se în deosebi printr'o ridicare accentuată a tensiunii arteriale. amplificarea respiraţiei şi o exaltare coherentă a psihismului superior, cu accelerarea şi intensificarea ideaţiei, tendinţa neobosită la activitate şi dimnuarea nevoii de somn.

Graţie proprietăţilor sale remarcabile, Pervitina s'a impus repede atenţiei clinicienilor şi practicienilor. *Hauschild* [1]) a verificat dubla acţiune analeptică a acestui corp sintetic pe animale de laborator. El a demonstrat totdeodată că această substanţă este de 8-10 ori mai puţin toxică decât Efedrina sau Veritolul. Acţiunea centrală a Pervitinei se observă la şoareci chiar cu cantităţi de 1/100 din doza letală — 1,200 la pisică şi iepure. Aceste date arată posibilitatea largă de manipulare a preparatului.

Cele mai interesante aplicaţiuni clinice ale *Pervitinei* s'au făcut până acum în domeniul Psihiatriei şi al Chirurgiei.

In Psihiatrie, *Flügel* [2]), *Warstadt* [3]), *Spekmann* [4]), *Liebendörfer* [5]), etc., au obţinut rezultate favorabile în sindromele depresive inhibitive, endogene sau simptomatice. In aceste cazuri *Pervitina* pare a avea indicaţia ei majoră.

In *Chirurgie*, *Müller-Bonn* [6]), *Püllen* [7]), *Kneise* [8]), *Jecel* [9]), etc., au semnalat eficacitatea *Pervitinei* în stările de colaps, chiar şi în unele cazuri în care analepticele obişnuite eşuaseră. Acţiunea antagonistă a *Pervitinei* faţă de hipnotice şi narcotice, a fost întrebuinţată de chirurgi pentru trezirea mai repede şi mai completă a pacienţilor lor. Efectele psihice ale Pervitinei s'au arătat deasemeni a fi foarte utile în depresiunea post-operatorie, ridicând moralul convalescenţilor şi întărindu-le voinţa de însănătoşire.

Posologia *Pervitinei* este esenţialmente individuală şi subordonată efectului urmărit. Doza optimă medie per os, pentru obţinerea unei acţiuni centrale, este de 0 gr. 003—0 gr. 006 (1-2 tablete), luată dimineaţa la sculare (deoarece cu cât este luată mai târziu, cu atât creşte riscul unei insomnii tenace). Doza optimă medie pentru acţiunea analeptică periferică este de 0 gr. 009—0 gr. 012 (3—4 tablete). Calea de administrare cea mai indicată este cea peroralĕ. Pe calea parenterală (sub cutanată sau chiar intravenoasă) necesitată de anumite cazuri urgente, doza variază între ½ cmc. (0 gr. 0075) — 1½ cmc. (0 gr. 0225). Nu s'ar fi observat fenomene de obişnuinţă.

Faţă de succesele semnalate de autorii precitaţi, am întreprins o serie de cercetări clinice psihiatrice cu acest preparat.

In prezentul articol relatăm rezultatele obţinute prin întrebuinţarea Pervitinei ca medicaţie adjuvantă în tratamentul psihozelor prin şocuri.

Cele trei mari metode de şoc utilizate curent în terapia psihiatrică, şi anume: malariaterapia, insulinoterapia şi cardiazolterapia, sunt însoţite şi urmate de o scădere considerabilă a tonusului vital, impunând adeseori asocierea unei medicaţii analeptice apropriate.

Proprietăţile farmacodinamice ale *Pervitinei* ni s'au părut aplicabile în primul rând la bolnavii supuşi acestor tratamente biologice.

Rezumăm mai jos observaţiunile noastre:

OBS. I. M. N., 44 ani. Paralizie generală.

La examenul somatic neprezentând nicio contra indicaţie, este inoculată cu P. Ovale. Face 9 accese.

Inainte de accese:

Tensiunea arterială	13/8—12/7
Pulsul	64—68.
Diureza	1100—1200 cc.
Starea generală bună.	
In timpul acceselor:	
Tensiunea arterială	10/6
Pulsul	65—72
Diureza	700—950 cc.

Starea generală: bolnava epuizată, slăbită mult, palidă. In urma acceselor, pacienta stă tot timpul în pat, nu este capabilă să facă nici cel mai mic efort fără să nu se obosească, acuză deasemenea cefalee, ameţeli, inapetenţă.

Se aplică tratament cu Pervitină (asociat cu extracte hepatice, chinină). După 1/2 cc. de Pervitină (0,0075 gr.) la interval de 3/4 de oră, putem constata următoarele modificări: deşi încă slăbită, pare mult mai vioaie, se scoală din pat. Seara insomnie.

Tensiunea arterială	11 1/2— 6.
Pulsul	68—82.
Diureza	1100—cc.
Starea generală mai bună.	

Se repetă şi a doua zi aceiaşi doză, pacienta prezentând aceleaşi fenomene, insomnia însă cedează.

Tensiunea arterială ajunge la 13—7½.

Continuăm timp de 3 zile acelaş tratament, după care bolnava complet remontată îşi continuă cura de chininizare.

OBS. II. M. T., 47 ani. Paralizie Generală.

Examenul somatic: Sgomotele cardiace asurzite, sgomotul II clangat. I se face o inoculare cu Terţă Benignă. Face 11 accese complete.

Inainte de accese:

Tensiunea arterială	15/8—16/8
Pulsul	70 — 72
Diureza	1100—1200 cc.

Starea generală: bolnava astenică, de constituţie slabă, depresivă, anxioasă, — plânge foarte des.

---

*) *Lucrare făcută în clinica de Psihiatrie-Bucuresti Director : Prof. Dr. P. TOMESCU.*

1) *F. Hauschild :* Tierexperimentelles über eine peroral wirksame zentralanaleptische Substanz mit peripherer Kreislaufwirkung. Klin. Wschr. 1938, nr. 36.

2) *F. E. Flügel :* Medikamentöse Beeinflussung psychischer Hemmungszustände. Klin. Wschr., Nr. 37.

3) *Warstadt :* Ueber therapeutische Versuche mit einem zentral wirksamen Analeptikum bei psychischen Erkrankungen (Pervitin). Wien. med. Wschr. 1938, No. 47

4) *Spekmann :* Ueber therapeutische Untersuchungen mit «Pervitin», einem neuen Körper aus der Reihe der biogenen Amine. Der Nervenarzt, 1939, Heft 7.

5) *Liebendörfer :* Pervitin in der Hand des praktischen Nervenarztes, Münch. med. Wschr. 1940, Nr. 34.

6) *H. Müller-Bonn :* Pervitin. ein neues Analepticum. Med. Welt. 1939, Nr. 39.

7) *Püllen :* Erfahrung mit Pervitin. Münch. med. Wschr. 1939, Nr. 26. — Bedeutung des Pervitin für die Chirurgie. Der Chirurg. 1919, Heft 13.

8) *Kneise:* Ueber die Brauchbarkeit Pervitin in der Chirurgie. Zbl. f. gie. 1939, Nr. 45. — Klinische chungen über die Wirkung bei chirurgischen Krank f. Chirurgie 252 Band

9) *Jecel :* Kli Pervitin. Mün

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr, extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAȚIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice

Infecțiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

«FARMAOLT» S. A. — BUCUREȘTI B-dul BRĂTIANU 24, Tel. 4.98.08

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

In timpul acceselor:

Tensiunea arterială	10/6—12/6
Pulsul	62 — 70
Diureza	650—800 cc.

Starea generală: la terminarea acceselor, obnubilaţie, foarte slabă, anxioasă, se vaetă tot timpul „că îi este rău". Facies gripal. Starea aceasta se menţine şi după întreruperea acceselor, timp de 2—3 zile.

Se administrează ½ cc. Pervitină (0,0075 gr.) subcutan. După o oră bolnava se simte mai bine, depresiunea începe să dispară, facies mai vesel. Starea aceasta ţine până seara.

Tensiunea arterială creşte la	13/6
Pulsul creşte dela	68 la 79
Diureza	1000 cc.

A doua zi se administrează din nou ½ cc. Acelaş efect pasager. După 5 zile de tratament cu Pervitină (0,0075 gr.), starea generală mai bună. Se continuă încă 4 zile, cu aceiaşi doză. Bolnava se simte bine, starea depresivă dispare şi se instalează o uşoară stare de euforie, devine activă.

Bolnava rămâne în spital, continuând tratamentul de tăiere a malariei (Chinină + Plasmochin).

OBS. III. C. I., 26 ani. Paralizie generală.

Examenul somatic: respiraţie aspră la vârful stâng. Tuşeşte cu expectoraţii. Subfebrilă. In rest nimic important. Se inoculează cu Terţă Benignă. Face 11 accese cotidiene.

Inainte de accese:

Tensiunea arterială	11—6
Pulsul	86
Diureza	1200—1300 cc.

Starea generală relativ bună.

In timpul acceselor:

Tensiunea arterială este	8/5—10/7
Pulsul	98
Diureza	450—750 cc.

Starea generală: foarte slăbită, bolnava este obnubilată. Sgomotele cardiace cu tendinţă la egalizare. Se administrează toni-cardiace, ser fiziologic, ser glucozat şi 0,0075 gr. Pervitin subcutan.

Tensiunea arterială creşte după 1 oră la	11—6
Pulsul	90
Diureza	1600—1800 cc.

Starea generală: ameliorare foarte uşoară.

La această bolnavă, a doua zi am mărit doza de Pervitină la 1 cc. subcutan (0,015 gr.) obţinând un rezultat asemănător aceluia din ziua precedentă. A treia zi administrăm doza de 1,5 cc. (0,0225 gr.) dimineaţa — am evitat să împărţim doza în două părţi, din cauza rezultatului nefavorabil care îl are Pervitina, administ[rată]-o după amiaza sau seara. La scurt [timp] dela efectuarea injecţiei—½ oră [tensiu]nea arterială ajunge la 12/7. Pul[sul] [scă]zut. Starea generală mai [bună]. Continuă tratamentul cu Pervi[tină] după care bolnava e com[pletă]. Continuă tratamentul de [Neo]salvarsan-Bismut.

OBS. IV. F. S., 58 ani. Paralizie generală.

Examen somatic: Bolnava prezintă ţesutul celulo-adipos mult desvoltat; ficatul uşor mărit. Emfizem pulmonar şi bronşită cronică.

Neexistând contraindicaţii serioase se face inocularea cu Terţă Benignă. După 8 zile dela inoculare, face accese cotidiene foarte intense. După al III-lea acces este extrem de astenizată, devine gatoasă.

A patra zi am administrat pe lângă tonicardiacele necesare, 1 cc. Pervitină (0,015 gr.).

Tensiunea arterială înainte de accese	14½—9
Pulsul înainte de accese	76
Diureza	1000—1200 cc.

Starea generală bună.

După al III-lea acces:

Tensiunea arterială	8½—5½
Pulsul	96—102

Diureza: nu se poate calcula (gatoasă).

Starea generală: bolnava dispneică, facies gripal, buzele uscate acoperite cu fuliginozităţi, nu mănâncă. Tegumentele palide, conjonctivele sunt subicterice.

Se face o injecţie cu 1 cc. Pervitină, Oleu camforat. Nici-o ameliorare. Accesul (IV-lea) de o intensitate extrem de mare. Se taie malaria cu Chinină.

Se continuă apoi tratamentul cu Pervitină în doză de 1 cc. timp de 6 zile, după care bolnava se remontează.

OBS. V. S. P., 25 ani. Schizofrenie.

Bolnava urmează în Clinică un tratament cu şocuri prin cardiazol. După şocurile de cardiazol, prezenta o stare de obnubiliare toată ziua, cum şi o indispoziţie accentuată cu cefalee, vărsături, ameţeli.

La al 7-lea şoc se administrează imediat după ieşirea din stertor, ½ cc. Pervitină (0,0075 gr.). După aceasta nu s'a remarcat decât o scurtă perioadă de excitaţie şi dispariţia cefaleei.

La al 8-lea şoc s'a administrat 1 cc. Pervitină (0,015). Bolnava după câtva timp devine mai vioaie, cefaleea şi vărsăturile au dispărut complet. Chiar după 10 minute dela ieşirea din şoc e foarte comunicativă cu persoanele din jur — face reproşuri medicului că a fost şocul prea puternic, dar se simte bine; deşi are o teamă mare de şocurile de cardiazol, înainte de care are o anxietate foarte manifestă, totuşi va continua acest tratament căci e convinsă că se va face bine.

S'a repetat această doză la încă 4 şocuri, cu acelaş efect. La 2 din şocuri, după administrarea Pervitinei a prezentat, la 10 minute interval, o scurtă perioadă de excitaţie psiho-motorie.

Am constatat modificări obişnuite ale pulsului şi ale tensiunii arteriale.

OBS. VI. G. B., 31 ani. Sindrom depresiv.

Examen somatic: normal.

Bolnava uremează un tratament cu şocuri de insulină la care după al 12-lea şoc s'a adăugat şi şocuri de cardiazol.

După şocurile de cardiazol, prezenta o stare de obnubilare ce dura aproximativ 3—4 ore. Bolnava deşi în afară de şocuri era orientată în timp şi spaţiu, devenea confuză, acuza cefalee, nu avea apetit în ziua şocului. A doua zi după şoc, prezenta o stare bună.

Am administrat, chiar după al 3-lea şoc, Pervitină 0,0075 gr. (½cc. inj. subcutan) imediat la ieşirea bolnavei din stertor. La 10 minute după administrarea injecţiei, după o scurtă fază de excitaţie motorie pasageră (3—8 minute) bolnava prezenta euforie, devenea comunicativă. Perfect orientată în timp şi spaţiu, se miră că şocul a durat aşa de puţin, „că altădată ştia că ţinea mai mult". Are o mare încredere în tratament, sperând că se va face cât mai curând bine.

Bolnavă face încă 4 şocuri de cardiazol asociate cu injecţii a ½ cc. Pervitină. In genere cu acelaş efect.

OBS. VII. P. B., 25 ani Schizofrenie. (Debut recent).

Examen somatic: normal.

Bolnava urmează un tratament cu şocuri insulinice, la care s'a adăugat în ultimul timp şocuri cu cardiazol.

După şocurile de cardiazol bolnava prezintă timp de 1—2 ore, cefalee puternică, apatie, astenie, ce o face să stea tot timpul în pat.

Administrăm Pervitină în injecţii 1 cc. (0,015 gr.), imediat după ieşirea bolnavei din stertor. La 10 minute dela administrarea Pervitinei, bolnava se scoală din pat, e mai vioaie, cere voie să se plimbe în grădină. Este convinsă că i-am schimbat soluţia de Cardiazol, fiindcă n'o mai doare capul, este vioaie, activă, lucrează şi are poftă de mâncare.

La şocurile următoare de cardiazol, la care am asociat Pervitina în aceiaşi cantitate (0,015 gr.), am obţinut aceleaşi modificări. Fapt interesant de remarcat e că bolnava vorbeşte cu mai multă uşurinţă, este mai sociabilă.

Pacienta, în remisiune aproape completă, părăseşte spitalul.

OBS. VIII. C. C., 50 ani, Ciclofrenie (al II-lea acces hipomaniac).

Examen somatic: normal.

Bolnava urmează tratament prin şocuri de insulină (la 40 U. se produce şocul).

După întreruperea comei hipoglicemice prin injecţia de serglucozat, bolnava prezintă o stare de somnolenţă — uneori la un interval de o oră — făcând imposibilă administrarea soluţiei zaharate.

Am asociat injecţiei de ser glucozat, Pervitină în injecţie subcutanată de 0,0075 gr. La 15 minute interval, bolnava se trezeşte, cerând singură soluţia de zahăr.

Tot restul zilei, însă, prezintă o stare de excitaţie psihică mai accentuată ca în zilele precedente.

Bolnava prezintă simptome hipomaniace.

In şocurile următoare am întrebuinţat aceiaşi metodă, cu aceleaşi rezultate, cu atenuare de somnolenţă post-şoc. Am re-

marcat deasemenea modificări nete ale tensiunii arteriale, care dela Mx. 11 Mn. 6 ajunge până la Mx. 13½ — Mn. 7.

Pulsul mai puţin modificat.

Am constatat că Pervitina nu a pierdut în tot cursul aplicării ei, eficacitatea asupra acestei perioade de somnolenţă sau „Protrahiertes Koma" a autorilor germani.

OBS. IX. A. C., 19 ani. Schizofrenie (Debut recent).

Examen somatic: normal.

Bolnava urmează tratament cu şocuri de insulină. După ieşirea din şocul insulinic, prezintă o stare foarte accentuată de somnolenţă, cu mare greutate se poate da soluţia de zahăr — şi chiar după administrarea ei, este obnubilată multă vreme. Deasemenea prezintă o stare de agitaţie: ţipă şi gesticulează în pat timp de 1-2 ore.

Acestei bolnave i-am administrat 0,006 gr. Pervitină (2 tablete) dizolvate în soluţia zaharată, pe care am administrat-o cu sonda.

La 15 minute dela ieşirea din coma hipoglicemică, bolnava se trezeşte, iar la scurt interval stă de vorbă cu cei din jur. Deasemenea nu mai prezintă starea de agitaţie pe care o manifesta după toate şocurile, înainte de asocierea Pervitinei.

Am utilizat această metodă, întrebuinţând tot doza de 2 tablete (0,006 gr.), dizolvate în soluţia zaharată, până la terminarea şocurilor cu insulină (15 şocuri), obţinând în mod constant aceleaşi efecte bune.

Bolnava, în remisiune completă, părăseşte spitalul.

OBS. X. Z. E., 24 ani, Schizofrenie. (Debut recent).

Examen somatic: normal.

Bolnava urmează tratament cu şocuri insulinice. Ea prezenta la ieşirea din coma hipoglicemică o stare de somnolenţă, torpoare, aproape toată după-amiaza zilei în care făcea şoc.

Am administrat şi acestei bolnave Pervitină (0,003 gr.), după care nu s'a observat nicio modificare.

A doua zi: am mărit doza la 0,006 gr. (2 tablete). Bolnava după o ½ oră devine euforică, sociabilă, vorbeşte cu vecinele sale de pat. Somnolenţa dispare complet, însă acuză o oarecare oboseală.

A treia şi a patra zi: aceiaşi doză, cu aceleaşi rezultate.

A cincea zi de şoc am mărit doza la 0,009 gr. Pervitină. După 40 minute somnolenţa dispare, iar după o scurtă perioadă de excitaţie motorie, bolnava se linişteşte, sociabilă, apetit bun.

Terminând seria de şocuri — bolnava fiind complet ameliorată, părăseşte spitalul.

OBS. XI. — F. M., 20 ani. Schizofrenie (de 3 ani).

Bolnava urmează şocuri cu insulină.

Deşi s'a ajuns la 200 unităţi insulină, nu s'a putut obţine niciodată măcar un şoc umed, incomplet.

Am administrat bolnavei, cu o oră înainte de injecţia de insulină, 1 cc. Pervitină subcutan (0,015 gr.) şi după 3½ ore bolnava a făcut un şoc complet, la aceiaşi doză de 200 unităţi de insulină.

Am repetat aceiaşi tehnică şi în zilele următoare, obţinând totdeauna şoc.

Mai mult, am scăzut doza cu 20 unităţi de insulină adică 180 unităţi şi prin asocierea cu Pervitină, am obţinut totdeauna şoc.

După cum se vede în aceste observaţiuni, am întrebuinţat Pervitina pe cale subcutanată la 4 paralitice generale impaludate, după terminarea acceselor febrile. Doza de Pervitină a fost de 1 cc., administrată în medie timp de 4—5 zile.

La bolnavii ce urmau un tratament cu şoc insulinic, am disolvat 2—3 tablete în soluţia glucozată administrată prin sondă, pentru ieşirea din coma hipoglicemică.

Acelaş procedeu a fost utilizat cu succes şi de *Accornero şi Giordani* [10], în stările de şoc prelungit. In cazurile grave, Pervitina va trebui de sigur să fie administrată pe cale intravenoasă, odată cu soluţia de glucoză indicată.

In şocurile de cardiazol am practicat, imediat după criza convulsivă, la ieşirea din stertor, o injecţie subcutanată de 1 cc. Pervitină.

Rezultatele obţinute, ne îndreptăţesc, credem, să tragem următoarele concluziuni:

Pervitina este utilizabilă ca medicaţie adjuvantă în tratamentul psihozelor prin cele trei mari metode de şoc şi anume:

a) In malariaterapie, unde are o simplă acţiune analeptică, dovedindu-se însă superioară tonicardiacelor curent întrebuinţate.

b) In insulinoterapie, unde în afară de acţiunea ei analeptică realizând suprimarea accidentelor eventuale ale comei hipoglicemice şi o scurtare a duratei şocului, favorizează condiţiile de aplicare eficientă a psihoterapiei asociată curei.

c) In cardiazolterapie, unde indicaţiile şi efectele ei analeptice sunt foarte analoage, făcând posibilă în unele cazuri asocierea psihoterapiei, la ieşirea din şoc, când pacienţii prezintă aproape totdeauna o stare de obnubilare durabilă şi sunt inaccesibili oricărei solicitări din partea ambianţei.

Am constatat deasemenea că Pervitina a avut un efect remarcabil într'un caz de insulino-rezistenţă (obs. XI).

Această din urmă acţiune a Pervitinei — sensibilizarea la insulină — semnalată în treacăt şi de *Flügel* (loc. cit.) merită să fie verificată prin cercetări efectuate pe un număr mai mare de cazuri.

10) Accornero e Giordani: Note e riviste di Psichiatria (Ospedale Psichiatrico Provinciale di Pesaro). Aprilie—Iunie 1940.

Pentru o nouă şcoală medicală românească, tinzând la adaptarea învăţământului medical la nevoile actuale ale ţării

de Prof. Dr. TITU VASILIU
de la Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu

In ultimul timp s'a ventilat în presă cât şi în cercurile medicale, ideea unei transformări a învăţământului medical românesc; diferite soluţii fiind propuse, în special de unii profesori ai Facultăţilor de Medicină.

Această problemă a preocupat după războiu aproape toate cercurile medicale atât în Europa, cât mai cu seamă pe cele americane. D-l *profesor Tomescu*, actualmente Ministru al Sănătăţii, se ocupă de asemenea în două articole publicate în «România Medicală» din ultimele luni, căutând soluţii pentru formarea unui număr mai mare de medici, de care ţara are nevoie, cât şi pentru ca formaţia medicilor să fie superioară, putându-se vorbi de «Elite medicale», recunoscând greutatea de a împăca ambele dorinţi. Cu drept cuvânt pune D-sa problema *adaptării învăţământului Medical*, la nevoile actuale ale ţării, şcoala noastră aşa cum este, cu toate micile încercări de modificare ce s'au încercat în cei 20 de ani de după războiu, nu ar putea să satisfacă cerinţele serviciului sanitar al ţării. D-sa spune că învăţământul medical, trebue să aibă *un caracter practic*, dela începutul până la sfârşitul studiilor şi că utilitatea învăţământului practic este, recunoscută de toată lumea, ne mai încăpând discuţie în această privinţă! Totuşi, eu cred că sunt foarte mulţi profesori, cari cred cu îndârjire, că superioritatea unui învăţământ medical, stă în numărul cât mai mare de catedre, cu cât mai multă materie şi cât mai multe ore de cursuri, studiul şi îngrijirea bolnavilor, fiind de ordin secundar, totul trebuind dat ştiinţelor zise medicale. Facultatea este amfiteatrul şi laboratorul, iar nu spitalul. Probă stă numărul mare de catedre de toate ştiinţele, chiar în vremurile noastre, cerându-se înfiinţarea de patru-cinci catedre nouă teoretice pe seama uneia din Facultăţile noastre, care chiar când va funcţiona în plin, va avea 400-500 de paturi pentru toate boalele, la 800 de studenţi. Dacă asupra caracterului de ticitate al învăţământului, pr şi Ministerul Educaţiei ar devărate modificări, car acest scop, şi nu s'ar fi timp, cu modificări de orelor în programe şi

nalizări», care nu au adus decât stre curarea unor anumite persoane în locul altora, sub pretextul noilor legiuiri.

Soluţia primirei unui număr de studenţi în anul 1, combinată cu stagiul făcut în Spitalele Ministerului Sănătăţii, propuse de Facultatea de Medicină din Bucureşti, sunt menite să înbunătăţească situaţia formării stocului de medici, atât ca număr cât şi calitativ. Ideea aceasta minunată a stagiului la Spitalele Ministerului Sănătăţii, în provincie, va fi mai uşor realizată, Profesorul Tomescu fiind titularul Ministerului Sănătăţii, de care depinde mult ducerea la bun sfârşit a acestei inovaţiuni, în care se cere să ai încredere ca să o aplici, alţii pu tând-o omorî prin dezinteresare.

Pentru reuşita perfectă a acestui stagiu, trebuie o înţelegere bine hotărîtă şi chibzuită între ambele Ministere, cel al Sănătăţii şi cel al Educaţiei, de care ţin Facultăţile. Facultatea de Medicină, trebuie să meargă mai departe pe calea apucată, pentru a realiza o «Adaptare» adevărată a învăţământului la nevoile pe care le are ţara ; trebuie însă o revizuire a întregului mecanism al formării medicului. Soluţia care se impune pe lângă cele două de mai sus, ar fi *scurtarea timpului de studii al Medicinii*. Această reducere a fost pusă la 1939 în discuţiunea cred a tuturor Facultăţilor de Medicină, la sugestia unuia din miniştrii Sănătăţii Publice, dar nu s'a trecut la aplicare. Facultatea din Cluj, a studiat posibilitatea reducerii la 5 ani a timpului de studiu ; nu s'a făcut însă decât o reducere de ore la toate materiile, ceeace înseamnă, că a rămas aceiaş, înbâcseală nelogică de materii, care împovărează pe student şi mai mult, decât vechiul program cu şase ani, profesorii nevoind să aducă modificări de bază, a felului de învăţământ în sine, adică, a *programului analitic* al materiei ce rute şi a examenelor obligatorii, cât şi a modului lor de predare. In acelaş timp, nu s'au adus nici o îmbunătăţire a stagiului spitalicesc ! Doi ani (patru semestre) de higienă au fost lăsaţi şi mai departe în cursul celor cinci ani.

Invăţământul medical, făcându-se în cadrul universitar, — numărul catedrelor s'a tot înmulţit, nu după criterii stabilite, ci după trebuinţele de a se face loc unor persoane, cari, fă- ind studii şi având diplome, se cre- îndreptăţite în ambiţia lor, cate iind o recompensă obligatorie. mulţit şi «scindat» mereu căror materie devenea la examene, altfel, se tarea lor, ceea ce ar fi inutile, şi ar fi lăsat profesorul neocupat. Facultăţile noastre nu au întocmit niciodată programe analitice în comun. după norme stabilite în vedera unui total armonios, logic şi pedagogic, fiecare profesor fiind stăpân autocrat pa catedra lui, liber să pretindă dela studenţi ce vrea, chiar atunci când aceeaşi materie, se face la două sau trei catedre, niciodată un profesor, neinteresându-se de ce materie predau ceilalţi, a căror subiecte au legătură fiind similare, câteodată numai titlul fiind deosebit. Un alt fapt a adus greutăţi în armonizarea învăţământului medical, la noi, ca şi în Franţa. Formarea medicului s'a împărţit dela început între «şcoală» sau, teoria, care se preda la Facultate, iar «practica», profesiunea, se făcea la spitale, care nu aveau nici o legătură cu şcoala, de unde o serie de conflicte grave, chiar sângeroase. Au intervenit aranjamente între conducerea acestor două «state», dar lipsa de unitate se simte şi astăzi şi la noi, nu numai în Franţa, între Eforiile Spitalelor şi Facultăţi, la Iaşi şi la Bucureşti, singur Clujul avându-le reunite. Cât priveşte Spitalele Ministerului Sănătăţii, ele nu au nici un fel de legătură cu Facultăţile, Spitalele Eforiilor având Externatul şi Internatul pe mâna lor, adică, tocmai formarea medicilor cei mai buni, adevărate, «Elite medicale» cum le numeşte, cu drept cuvânt, *D-l Profesor Tomescu*. Trebue recunoscut, că Facultăţile scot două feluri de *Doctori*, foarte neegal pregătiţi. Facultatea caută să ia asupra ei şi să compenseze educaţia profesională obţinută prin Internat, paralel cu Facultatea, prin cursuri la amfiteatrul de clinică, cât şi prin «stagii» tot la spitalele Eforiei, neocupate de clinici. Care din aceste categorii de medici se duc în mediul rural ? Foştii Interni, nu, iar din cei ce fac 6-7 ani fără internat, de multe ori numai externatul, numai o mică parte merg la ţară, restul, după o preparaţie de un an sau doi, se stabilesc tot în oraşe, ca specialişti, cu specialităţi restrânse, iar cei ce au avut norocul să fi funcţionat ca asistenţi în Clinici, concurează la concursurile pentru locurile de medici primari ale Spitalelor statului, de sub diferite administraţii. Această deosebire în timpul pus de viitoriii medici — un intern face minimum opt ani până la teză — cât şi a valoarei lor, dă naştere la o nedreaptă ocupare a locurilor, toţi doctorii în Medicină fiind indrituiţi prin diploma lor, să candideze la posturi de conducere, chiar şi fără concurs şi fără preparare, ceea ce a făcut ca internatul în timp de război, să nu mai fie căutat, ba chiar ocolit. Facultatea din Cluj, timp de 20 de ani, nu i a simţit lipsa, şi studenţii nu l-au cerut, decât un număr mic, care vedea în el, mai mult un mijloc de subsistenţă. Chiar la Bucureşti, au fost concursuri, unde numărul locurilor era mai mare ca acela al candidaţilor.

De mult timp se străduesc cei ce se ocupă cu problemele acestea de învăţământ ale medicinei, să găsească un compromis între spital şi Facultate, în timpul din urmă Medicina preventivă, trebuind să-şi aibe locul ei în învăţământ. Neînţelegerea cred că stă în înglobarea în cadrul învăţământului Universitar ca Facultăţi, alăturea de filosofie, drept, teologie şi ştiinţele pure.

Dacă Medicina a beneficiat de deslipirea ei de spital trecând lângă ştiinţe pure, pentru ambiţia de a nu fi considerată ca un meşteşug, inferior ştiinţei, este îndoios, însă nu trebue să se uite că Facultăţile de Medicină, au două roluri oarecum separate de îndeplinit : a) cercetarea ştiinţifică şi b) formarea de medici profesionşti. Pot fi multe catedre la o Facultate, dar nu toate trebuie să ceară studentului să fie studiate, cu examene de trecut la ele şi câte o dată cu amănunte care nu servesc nici practicei şi nici spiritului ştiinţific al medicului şi nici cercetătorului. Aş putea prezenta o frumoasă colecţie de chestiuni puse candidaţilor la diferite examene la cele 25-30 de materii, din care dau examene, unul sau mai multe! Dar modul de studiu al lor ? *Citirea* materiei de către profesor la un auditoriu înghesuit, instalat în săli care nu pot cuprinde câteodată pe toţi ascultătorii trimişi de cancelarie, are o valoare relativă, dacă nu nulă. Nu şi-ar putea închipui mulţi din profesorii bătrâni, chiar din cei cari şi-au făcut datoria cu scrupulozitate, — şi eu cunosc dintre aceştia unii celebrii, — cât de puţin rămâne studentului dintr'o lecţie citită, sau chiar expusă cu calităţi şi osteneală, decât amintirea acestor calităţi ale foştilor profesori şi unele trăsături spirituale. Am trecut cu toţii prin amfitreatru, şi putem mărturisi că medicina am învăţat-o singuri, nu dela amfiteatru, iar practica ei în spitale, lângă maeştrii noştrii. Ce e de făcut ? Pentru partea teoretică a Facultăţii, se poate orândui un program analitic chibzuit în comun, despuiat de savantlâcul inutil, înlocuindu-se orele *pasive* de amfiteatru cu colocvii, în care studentul este controlat dacă a lucrat acasă chestiunile despre care se vorbeşte în acea oră, şi cum judecă el. Nu *obligaţie de lecţie la catedră*, să fie sarcina profesorului dela medicină, ci conducerea asimilării materialului programat de către studenţi împreună cu asistenţii lui, făcut în grupe precum şi editarea de manuale bune. Nu este profesor

bun acela care face cursuri şi n'a lăsat sau dat un manual, care să exprime conţinutul învăţământului său. Inbâcsind studentul oră cu oră toată săptămâna, nu-i mai rămâne nici o oră de spital şi nici una de bibliotecă! Tot anul nici un student *nu citeşte nimic* din ce s'a predat, rămânând ca în două-trei zile, să citească, ca un ziar sau roman, fie vre-un curs litografiat, fie notiţe fără sens, fără a judeca şi fără a putea reţine decât noţiuni răvăşite, expuse în răspunsuri monosilabice, putând da impresia că are pregătire necesară. Ce indulgenţi trebuie săfim, o ştim cu toţii, dar nu avem ce face!

Procedându-se în felul arătat, cu un program analitic raţional, nu va mai fi nevoie de şase sau şapte ani de studii medicale, cinci fiind destui, rămânând însă, ca în cele patru luni de vară, (nu numai două), studenţii tuturor anilor de studii, din anul I, să fie distribuiţi spitalelor Ministerului Sănătăţii, pentru stagiul care să facă parte integrantă din învăţământ; studentul repartizat de Decanatul respectiv, va trece prin anumite servicii de medicină şi chirurgie generală, obstetrică, boli de copii, venerice şi ochi. Una din veri a 5-a, să fie lăsată Serviciului sanitar, circumscripţie, plasă model, staţii de deparazitare, trenuri sanitare. Stagiul ţine 25 de luni, în cei cinci ani de medicină. De modul de organizare al stagiului, depinde foarte mult. Dacă se lasă numai un fel de vacanţă distractivă, trecând în vizită la spital o parte din timp, iar restul putând lipsi prin amabilitatea şefului serviciului, nu s'a făcut nimic, totul depinde de stăruinţa Facultăţilor. In al doilea rând trebue căutat a se da o situaţie în învăţământ şefilor. In al doilea rând trebue căutat cari toţi sunt foşti interni, asistenţi sau docenţi, încât pot fi consideraţi conferenţiari asociaţi, în condiţii ce s'ar stabili pentru fiecare caz în parte.

Cât priveşte pe studenţi, ei trebuie consideraţi ca *externi-interni* ai serviciilor respective, primind masă şi o mică îndemnizaţie pentru cei înaintaţi. Se poate prevedea cum se vor desvolta Spitalele publice, când vor lua parte la formarea medicilor pe care tot Ministerul Sănătăţii îi întrebuinţează, şi ce medici pregătiţi vor face din aceşti studenţi. Cu durere am ascultat de ună zi pe un medic inspector general care mărturisea că nu se poate folosi de tinerii medici trimişi să-i ajute, fie în combaterea epidemiilor, fie ca medici de circumscripţie, din cauza lipsei de pregătire pentru practica meseriei de medic curant şi igienist.

Iată dar, în felul acesta, o *«adaptare»* la nevoile reale ale sănătăţii publice, dând mediului nostru rural un număr mai mare de medici de care cu atâta grabă are nevoie. Mai mult decât atât, s'ar putea merge mai departe, pentru a nu ne opri la jumătatea drumului. Dece să lăsăm haosul pe care l-am constatat cu cele două feluri de categorii de doctori în medicină. De ce nu am consfinţi precis aceste categorii prin lege. Să renunţăm la titlul pompos de doctor, un «ornament» din timpurile scolastice, de care s'au lăsat multe categorii de specialişti, cari pun multă greutate pe realităţile lucrului personal, decât pe diplomă. Să recunoaştem că doctorul în medicină nu este de cele mai multe ori, ce s'ar înţelege prin «doctor», adică un om de cercetări, aplicat spre descoperiri; studentul având timpul ocupat cu asimilarea de cunoştinţe, nu se poate dedica lucrărilor, iar tezele lor sunt în marea majoritate inferioare tezelor doctorilor dela Facultăţile de ştiinţe pure. Dar mai trist este faptul că încărcând, cum am văzut, cu atâta materie de memorizat pe studentul în medicină, «doctorul» în medicină nu este pregătit practic deloc pentru tratarea bolnavului, fiind de multe ori un savant ratat şi un medic puţin folositor serviciului, pentru care statul face aşa de grele sacrificii.

Socotesc că îmbinând în modul arătat mai sus, practica spitalului cu un învăţământ teoretic mai strâns şi mai apropiat scopului, am putea dispune de un medic luminat, sigur pe practica meseriei, ştiind să facă diagnosticul boalelor curente, infecţioase în primul rând, putând trata aceste boale şi înderpta către spitale şi specialişti, pe cele mai greu de diagnosticat, cu mijloacele de care dispune mediul rural. Aceştia formează I-a categorie de medici, pe cari putem să-i numim *Medici* pur şi simplu, sau *medici sanitari*. Cuvântul nu e nepotrivit, pentrucă vor trebui să aibă o bună pregătire în găsirea şi izolarea boalelor contagioase, cât şi a experienţei căpătate în timp de 4 luni făcute la ţară, cât şi la facultate. Aceşti medici urmând unele cursuri de perfecţionare, făcute în centrele universitare, pot avansa, ocupând servicii în erarhia sanitară a plăşii sau a judeţului. A doua categorie o formează: *Doctorii în Medicină*. Acest doctorat se obţine, urmând încă trei ani, şi trecând un examen compus din o serie de materii, restrânse ca număr, dar dovedind cunoştinţe temeinice cu o individualitate marcantă. Acest examen are şi o vădită specializare; va fi un doctorat *clinic*, şi altul în *ştiinţele medicale*.

Cel clinic va fi în medicină internă, cu specialităţile ei iar, altul, în chirurgie cu specialităţile ei.

Doctoratul clinic îl obţin numai foştii interni.

Doctoratul ştiinţific, îl obţin toţi Medicii sanitari, cari se înscriu pentru doctorat, urmând încă trei ani; acest doctorat poate fi dat pe grupe de ştiinţe, Cel în Higienă, deschide drumul spre erarhia de conducere sanitară.

Preparatorii universitari se recrutează din candidaţii de doctori, iar din doctori asistenţi şi şefii de lucrări. Asistenţii în serviciile clinicilor, să fie numai doctori.

La concursurile de medici primari de spitale se pot prezenta medici secundari cât şi asistenţii clinicilor cu vechime de cinci ani, la secundariat, se prezintă toţi medicii cu doctorat clinic şi foşti preparatori de clinică cu aceeaşi specialitate.

In acest fel se rezolvă şi chestiunea specialiştilor, care a rămas nerezolvată după atâţia ani de încercări neajungându-se la nici un rezultat. Facultatea de Medicină şi-ar da adevărata contribuţie la progresul ştiinţei, pentru care este creată în primul rând.

Internatul şi-ar redobândi strălucirea de altădată, iar o sumă de medici cari nu sunt dotaţi cu însuşiri, pe care titlul academic nu li-l poate da, printr' un învăţământ mai strâns, pot ajunge elemente folositoare ţării, fiind puse la locul potrivit, iar nu împinse acolo, unde numai slaba organizaţie îi urcă, rămânând elemente puţin folositoare societăţii, dacă nu chiar dăunătoare.

Ministerul Sănătăţii ar câştiga prin aportul şi colaborarea Facultăţii de Medicină. Nu ne-am putea gândi şi la unirea într'un mănunchi sau mai bine zis într o mână a Serviciului Spitalelor cu Facultăţile de Medicină?

Ca argumente mai putem invoca şi ceeace se petrece în alte bresle. In magistratură şi avocatură, sunt două feluri de titluri- licenţiaţi şi doctori, dar unde numai primul grad este suficient pentru toată cariera. La ingineri s'a instituit o categorie de subingineri, tocmai pentru a da un număr mai mare de oameni de meşteşug, mai repede, cari pot realiza o bună parte din lucrări; aici categoriile au limite deosebite, în posturile de comandă, trebuind să fie numai ingineri; mult asemănător cu ce ar fi la medicină. Nu mai vorbesc de armată, unde sunt multe categorii.

Inovaţiile se fac greu, tradiţia fiind greu de învins. Dar poate că în epoca aceasta, când trăim într'un timp de mari prefaceri şi când se cere un ritm mai accelerat în toate acţiunile noastre, şi când sănătatea ţăranului [illegible] tru aşa de oropsit de soartă, în[illegible] preocupe pe conducătorii nea[illegible] când un început s'a făcu[illegible] dejdea că se va realiza o [illegible] învăţământului la nev[illegible] naţiei noastre.

In Hiperaciditate Gastrită hiperacidă
Ulcer stomacal şi duodenal

ANTACID „Sapic"

ANTACID cu Belladonna

Alcalinoterapie combinată (alcaline uşor şi greu solubile pentru a întreţine aciditatea fiziologică în stomac)

HERBACHOL „Sapic"

CEAIU

Asociaţie de plante medicinale cu acţiune choleretică, cholagogă, antiflogistică şi calmantă

Indicat în

Cholecistopatii subacute şi cronice

Cholelitiază

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN

„SAPIC"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături, Fiole, Pulbere pentru receptură.

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiei sanguine.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti, VI, Str. Cazărmei 89.

In indicaţiuni ale hormonului folicular

Oestromenin
Merck

(—Dioxidietilstilben)

Indicat în **turburări climacterice, amenoree, dismenoree, pentru inhibarea lactaţiei, etc.**

Tablete — **Fiole**

NOU!

Local sub formă de Oestromenin-Pomadă în **Prurit vulgar, acnee vulgară, Ragade ale mameloanelor etc.**

E. MERCK - DARMSTADT

Reprezentanţa generală: **Chimiroman**, Farmacist Liviu Bancu, **Bucureşti I., Str. T. G. Masaryk No. 32**

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie: Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV

ŞEDINŢA CONSILIULUI SUPERIOR AL SANATATEI

Organizarea campaniei antimalarice; Ameliorarea practicei medicale în mediul rural.

La Ministerul Sănătăţei s'a întrunit în ziua de 7 Mai Consiliul superior al sănătăţii, sub preşedinţia d-lui *prof. dr. Petre Tomescu*, Ministru Sănătăţei şi Ocrotirilor sociale.

S'au discutat următoarele probleme:

Referatul D-lui Prof. Dr. M. Ciucă Organizarea campaniei antimalarice

D. prof. dr. M. Ciuca a făcut o documentată expunere asupra «Necesităţii unei organizări antimalarice de caracter permanent în raport cu endemicitatea acestei boli în ţara noastră», arătând că după datele pe care le posedă ministerul, rezultă că România este o ţară intens malarizată, cu o predominanţă mai mare în unele regiuni, ca de exemplu Dobrogea.

Eforturile depuse pentru combaterea malariei nu au reuşit să modifice endemicitntea acestei boli, care a rămas aceiaşi în ultimii ani, atingând media anuală de 173.000 cazuri noi.

Incepând cu anul în curs d. prof. Ciucă propune o serie de măsuri, care în ansamblul lor se înpart în două categorii şi anume măsuri cu caracter urgent şi măsuri referitoare la permanentizarea organizării antimalarice.

In condiţiunile epidemiologice actuale, care nu pot decât să se agraveze în împrejurările prin care trecem, D-sa propune ca măsuri urgente : tratamentul bolnavilor, cu atenţie deosebită asupra grupului de copii, supravegherea mişcărilor de trupe, executarea micilor asanări şi reglementarea culturilor de orez, a căror funcţionare trebue condiţionată prealabil de obţinerea unei autorizaţii sanitare, care să impună respectarea regulelor menite a înlătura impaludarea sau agravarea malariei în regiunile respective.

In ceia ce priveşte permanentizarea organizării antimalarice şi ţinând [illegible]ma de experienţa malariologiştilor, [illegible]ogresele realizate în chimioterapie realitatea situaţiei malarice [illegible]tre, d-sa preconizează: [illegible]ntimalarică, care [illegible] declarate im[illegible]e revin în ţactiunea de combatere, a diferitelor organizaţiuni şi instituţiuni de Stat şi particulare. 2. crearea în administraţia centrală a ministerului a unei secţii de malarie, cu instituirea pe lângă ea a unei comisiuni technice. 3. organizarea de cursuri de perfecţionare pentru personalul medical şi sanitar auxiliar. 4. desvoltarea actualelor staţiuni de malarioterapie şi înfiinţarea de altele noi. 5. organizarea de clinici speciale sau de spitale de malarie în regiunile malarizate. 6. aprovizionarea cu produse antimalarice, pe un număr mai mare de ani.

Lupta contra unei boli, aşa de strâns legată de factorii epidemiologici locali, trebue neapărat complectată cu studii şi observaţiuni a fiecărui problem epidemiologic.

Rezultatele cercetărilor făcute la Tomeşti, Gurbăneşti şi Techirghiol şi imensul material documentar reunit de Prof. Zotta la Techirghiol, ilustrează nevoia staţiunilor de studii şi experimentare a metodelor.

Problema marilor asanări, prezentând o deosebită importanţă, urmează să fie expusă într'o viitoare şedinţă.

Expunerea D-lui Profesor Dr. P. Tomescu ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale

D. ministru al sănătăţii prof. *dr. P. Tomescu* mulţumeşte d-lui prof. Ciucă pentru expunerea luminoasă şi documentată ce a făcut asupra malariei, problemă de mare actualitate pentru sănătatea publică.

Această metodă de lucru, graţie căreia specialiştii cei mai autorizaţi expun problemele, ajungând la concluziuni practice, imediat aplicabile — a repus consiliul superior al sănătăţii în drepturile şi datoriile lui de a fi organul tehnic cel mai înalt în materie de sănătate publică.

Deciziunile ce se iau aici vor fi imediat aplicate, astfel ca discuţiunile noastre să ducă la o ameliorare rapidă a condiţiilor sanitare ale ţării.

In acest mod s'a procedat cu problemele cari au fost desbătute în consiliul sanitar din luna Aprilie.

Astfel vaccinaţiunea antituberculoasă — expusă de d. prof. Ionescu-Mihăeşti — a fost repusă pe primul plan al preocupărilor ministerului sănătăţei, prevăzându-se fondurile necesare pentru extinderea ei.

In ceee ce priveşte propunerile d-lui prof. Moldovanu referitoare la medicina preventivă în mediul rural, au fost adoptate integral şi am prevăzut în noul buget numeroase locuri de medici-igienişti şi de surori de ocrotire.

Expunerea d-lui prof. Ciucă, făcută astăzi ne va servi ca îndreptar pentru campania antimalarică din acest an. Vom convoca imediat Comisia pentru malarie şi îi vom da tot concursul pentru a putea lucra intens.

Ameliorări ale practicei medicale în mediul rural

Pentru a ameliora cât mai mult condiţiile de viaţă şi de practică a medicilor noştri cari activează în mediul rural, am propus, şi *d. general Antonescu, Conducătorul Statului* a binevoit a aproba îmbunătăţirea salarizării lor în modul următor:

1) Salariul prevăzut în codul funcţionarilor publici pentru medicii rurali era de 11.000 lei lunar. Printr'o eronată interpretare se socotea această cifră pentru medicii rurali ce ar fi avut servicii în Capitala ţării şi ea se reducea la 8.800 lei pentru adevăraţii medici rurali.

Această anomalie a fost înlăturată şi medicii de circumscripţie vor avea un salariu de 11.000 lei la care se vor adăuga gradaţiile.

2) Pentru cheluelile de trasport ale acestor medici se acordă o diurnă de 3.000 lei lunar, care se plătea întotdeauna cu mare întârziere, pe bază de acte. S'a luat dispoziţia ca această diurnă să se achite odată cu salariul şi fără nici o altă formalitate.

3) In circumscripţiile rurale sărace unde medicul nu poate realiza venituri din exercitarea profesiunei sale, se va acorda o primă de reşedinţă, dintr'un fond special pe care l-am prevăzut în bugetul anului în curs.

Această primă de reşedinţă va fi de 5000 lei lunar şi se va acorda mai ales pentru cele 176 de circumscripţii rurale vacante, ocupate în prezent în mod provizoriu de medicii cari îşi fac stagiul militar.

Cu aceste ameliorări, un medic tânăr va avea în aceste circumscripţii un salariu de 19.000 lei lunar, care îi va asigura condiţiuni normale de viaţă şi se va putea devota operei de ridicare a stării sanitare a satelor noastre.

INAUGURAREA SANATORIULUI „SF. ELISABETA"

In ziua de 8 Mai s'a făcut cu o deosebită solemnitate inaugurarea Sanatoriului «Sf. Elisabeta» complect renovat de Consiliul de patronaj al operelor Sociale.

Serbarea a fost onorată de prezenţa Majestăţii Sale Regina Elena. Au asistat D-na General Antonescu preşedinta Consiliului de patronaj, D-na Veturia Goga, D-l prof. Dr. Tomescu, ministrul Sănătăţei; D-l General Voiculescu, ministru Subsecretar de Stat al Muncii, D-l General Modreanu Primarul Capitalei, Doamnele membre ale Societăţii de patronaj, numeroşi profesori şi medici.

După oficierea serviciului divin P. S. Arhiereul Antal a rostit o frumoasă cuvântare.

Cuvântarea D-nei Maria General Antonescu

A vorbit apoi d-na Maria General Antonescu, spunând următoarele:

Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale a izvorît din nevoia organică, sinceră, de a găsi mijloace noi pentru a ajuta strădaniile şi a aduna sforţările închinate Operelor Sociale.

Ca şi în viaţa oamenilor, unde bucuria alternează cu tristeţea, în viaţa popoarelor sunt ceasuri, când trebue să dăm toată grija şi toate preocupările noastre numai suferinţei.

Deaceia, Consiliul de Patronaj nu s'a mărginit să desfăşoare o activitate ca aceia depănată de instituţiile de asistenţă socială de până acum, nici nu ne-am condus prea mult, până la noua organizare, de reguli tehnice prea savante, ci am urmărit să strângem cu toată căldura inimilor noastre, acolo unde am putut să aflăm suferinţa şi am încercat să-i aducem alinarea.

***Săracilor le-am întemeiat cantine;** copiilor le-am dat îmbrăcăminte şi hrană; bolnavilor am încercat să le îmblânzim durerea prin daruri şi griji mângâietoare.*

Generalul Antonescu a făcut totul, pentru ca din banii care stăteau altădată la dispoziţia Preşedinţiei Consiliului, fără nici o îndatorire de justificare, să împlinească foarte mult în aceste îmbărbătări şi îndulciri ale suferinţii.

Din aceiaşi bani am cumpărat acest sanatoriu, fiindcă opera noastră trebue să poarte acum şi asupra organizării metodice ştiinţifice a combaterii suferinţei prin înmulţirea mijloacelor de luptă.

Sanatoriul este un instrument de atingere a acestui scop.

Ne-am străduit să-l reorganizăm, să-l oferim practicei medicale şi nevoilor vieţii cât mai modern, cât mai perfecţionat.

Acesta este încă un pas pe care Consiliul de Patronaj îl face în îndeplinirea sarcinei sale.

Râvna noastră este de a întemeia pretutindeni asemenea aşezăminte şi case de sănătate, pentru ca, mai ales în perioadele de războiu şi mai ales la un popor frânt de boale sociale cum este al nostru, combaterea prin toate mijloacele este, nu numai o pietate a inimii, ci o adevărată datorie naţională.

De aceia, deschizând acest sanatoriu, care poartă numele marei Regine, întemeietoare de Regat şi de tradiţie, Reginei Elisabeta, în prezenţa celei mai blânde, mai bune şi mai încercate dintre Reginele vremii noastre, Majestăţii Sale Reginei Elena, doresc acestui sanatoriu să fie şi mai departe expresia unirei sacre dintre Neamul acesta şi Dinastia lui, prin înţelegerea suferinţelor comune.

Doresc din toată inima acelora care vor veni în această Casă să simtă că aici nu este numai un sanatoriu, instituit pentru a înmulţi numărul caselor de sănătate şi mijloacelor technice puse la îndemâna medicilor, ci o casă de blândeţe, de bunătate, izvorâtă din tr'un cuget de iubire de Neam şi din dorinţa de a sprijini suferinţele, aducând alinarea.

De aceia, pe lângă instalaţiunile care vor fi puse la îndemână, cu plată, tuturor acelora care vor voi să folosească acest sanatoriu modern, am instituit o secţie de paturi gratuite, în care vor fi îngrijiţi, fără nici un fel de contribuţie, toţi săracii loviţi de încercările soartei şi pe care îi vom putea adăposti întrînsul.

Medicilor care vor lucra aici, le doresc din toată inima să ajute prin muncă şi încercare de jerfă. Să ne înţeleagă şi să ne ajute, fiindcă aici am pus bani adunaţi din jertfă şi banii aceştia trebue să fie respectaţi.

Şi în această casă am pus suflet şi aşteptăm ca sufletul să ne fie respectat.

Doresc din toată inima, tinerilor medici, care vor veni învăţăcei de credinţă şi muncă profesională, să simtă că aici nu este numai o casă goală, în care se lucrează pe trupuri, ci un cămin de muncă, de credinţă şi de [illegible] tate pentru care trebue să-şi [illegible] leze sufletul.

Mulţumindu-Vă Maie[illegible] cinstea pe care ne[illegible] trona cu Inalt[illegible] ceastă solem[illegible]

Majestatea Sa Regina Elena, Doamna General Antoneseu, Doamna Goga, D-l General Voiculescu Ministrul Subsecretar de Stat al Muncii, D-l Profesor Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei.

UNGUENTOLAN

HEYL et Co.

Alifie de untură de pește cu vitaminele A și D

după Prof. W. Löhr

Răni proaspete, plăgi cronice infectate, arsuri de toate gradele, flegmon grav cu mari pierderi de substanță, răni articulare, ulcerele gambelor, plăgii operatorii supurate care se vindecă greu, plăgi osoase, osteomielite etc.

Tuburi orig. cu: 35 g, 100 g.
Cutii orig. cu 1000 g.

România: **Dr. ALEX. RADU** Str. Sofia 30 București 3

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

AMIGDALITE CRONICE ŞI ACUTE
LARINGITE, FARINGITE
STOMATITE, GINGIVITE

GARGARISME CHAUVIN

TIMOL, FENOSALIL, GLICERINĂ, ALCOOL DE MENTĂ
Se vor face gargarisme cu o linguriţă la un pahar cu apă

TOATE INFLAMAŢIUNILE NASULUI, A FARINGELUI NASAL ŞI BUCAL

ANTISEPTOL

RHINOFARINGITE, SINUZITE, HIPERTROFIA CORNETELOR, VEGETAŢIUNI ADENOIDE, OTITE

MENTOL, CAMFOR, EUCALIPTOL
CLORETON, OL PARAFFINIS

Se va picura de 2-3 ori pe zi câteva picături în fiecare nară

Mostre gratuite la cerere PAUL ILUTZA STR. OLARI 23, BUCUREŞTI IV

nezeu să Vă învrednicească să vedeţi cât mai multe asemenea aşezăminte ale bunătăţii româneşti şi preţuindeni să aduceţi aceiaşi blândeţe regească şi aceiaşi faptă a exemplului.

Iar, dacă vreodată această Casă va fi sortită să primească sub acoperământul ei, nu numai încercaţii soarţei prin frământările naturii şi ale suferinţei, dar pe eroii Neamului, stropiţi de sângele jertfei pentru mândria şi drepturile ţării, atunci acest sanatoriu nu va fi decât cinstit de amintirea aceleia care l-a întemeiat, a Reginei Elisabeta, Mama răniţilor.

Cuvântarea d-nei Veturia Goga

Înfiinţarea şi activitatea Consiliului de Patronaj este desigur un exemplu nou de rânvă şi acţiune.

Fără a critica, fără a descuraja, trebue să recunoaştem că nemulţumirile din ultimii ani aşezaseră pe sufletele româneşti un înveliş de nepăsare şi pe munca românilor o brumă de amorţire. In special iniţiativele private în folosul obştesc erau aproape moarte.

Venirea Generalului Antonescu la cârma Statului, sub noua şi curata domnie a Regelui Mihai I, a schimbat această atmosferă, dintr'ânsa au purces repede rădăcini de simţire şi de daruri noi pentru binele obştesc.

Aşa a luat naştere şi Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale de sub înalta protecţie a Majestăţii Sale Regina Elena şi de sub preşedinţia doamnei Maria General Antonescu.

Strădania pusă de Generalul Antonescu şi de guvernul său de a tămădui cât mai repede, cât mai adâne toate nevoile, toate suferinţele, a găsit ecou în inimile noastre.

Sub imboldul zilnic, cald şi neîntrecut al d-nei Maria General Antonescu, am pornit la această acţiune [illegible]torare, fără program, fără or[illegible] speciale, fără technică prea [illegible]muite numai de con[illegible] şi de suflet cre[illegible]

[illegible]nescu ne-a dat exemplul său. In fruntea noastră a alergat din casă în casă, a bătut la porţile generozităţii şi ale înfrăţirii româneşti şi a adunat dela mărinimoşii donatori şi binevoitori fondurile cu care să putem desfăşura o acţiune de ajutorare.

Neobosită, credincioasă, d-na General Antonescu, a priveghiat toată această operă cu propriile sale mâini, a împărţit ajutoare, a făcut pachete pentru săraci, a împărţit hrană la copii flămânzi, a dat ajutoare şi îmbrăminte soldaţilor.

Toate, într'o împletire de credinţă, într'un brâu de muncă, ne-am unit strădaniile cu idealurile sale, cu munca sa, râvnind să sprijinim opera Marelui Conducător, a Generalului Antonescu.

Nu-mi aparţine să înfăţişez toată munca desfăşurată în cadrul consiliului Operelor Sociale, fiecare dintre doamnele conducătoare ale secţiunilor Consiliului îşi vor desvolta consideraţiile, planurile şi realizările.

Mă mărginesc să arăt cum am izbutit să avem sanatoriul «Sfânta Elisabeta», pe care îl inaugurăm azi punându-l în slujba alinării suferinţei.

Sanatoriul «Sfânta Elisabeta» a fost cumpărat de domnul General Antonescu, Conducătorul Statului, din fondul său personal şi pus la dispoziţia Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, prin jurnalul Consiliului de miniştri din 10 Decembrie 1940.

Sanatoriul «Sfânta Elisabeta» are două secţiuni, chirurgia şi maternitatea.

In sanatoriu pot fi îngrijiţi 30 de bolnavi cu plată, dispunând şi de 12 paturi gratuite.

In acest sanatoriu poate opera orice medic chirurg care îşi aduce bolnavul.

Să-mi fie îngăduit de aici, dela locul care pot fi auzită de toţi cei de bună credinţă, să ne exprimăm, în numele Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, gratitudinea noastră înaltă faţă de Conducătorul Statului, domnul General Ion Antonescu, pentru larga generozitate cu care ne-a pus la dispoziţie fondurile necesare.

Atmosfera îngrijită, în care se prezintă astăzi sanatoriul, va face posibil ca, cel frânt de durere şi suferinţă să găsească alinare, prin bunătatea creştinească şi îngrijirea de care se va împărtăşi.

Majestatea Sa Regina Elena, Doamna General Antonescu şi medicii, vizitând Sanatoriul

Dacă vom reuşi prin strădania noastră să aprindem o lumină cât de mică, menită să aline suferinţa şi să lumineze cât de puţin drumul celor loviţi, atunci noi ne-am făcut datoria faţă de aproapele nostru.

Domnilor profesori, domnilor doctori, vă rog să ne împărtăşiţi încrederea d-voastră şi vă rog să vă înşiruiţi în lanţul muncii noastre umane, luând Casa asta de azi înainte, în stăpânirea d-voastră.

Dispuneţi, noi suntem gata a vă asculta.

Dumnezeu să vă ajute.

PROFESORUL A. D'ARSONVAL

(1851-1941)

«Paraître ne veux
Quand etre je peux»

de Conferenţiar E. LAZEANU

O ştire sosită dela Vichy anunţă moartea marelui savant francez, profesorul *ArsèneD'Arsonval*. In mijlocul evenimentelor grave la cari asistăm, în noianul de ştiri senzaţionale ce zilnic umplu coloanele ziarelor, ştirea trecu aproape neobservată. Dar moartea lui *D'Arsonval* înseamnă dispariţia uneia din cele mai mari personalităţi ale ştiinţei mondiale. Modestia l'a caracterizat până la moarte: Intr'o scrisoare adresată elevului şi amicului său Belot scria între altele: «La sience, celle sur tout qui s'occupe de la vie n'est elle pas une école de modestie en non de vanité, en nous montrant combien peu nous en pouvons modifier avantageusement les manifestations et les inégalités».

Profesorul *D'Arsonval* făcea parte dintr'o veche familie medicală. Tatăl său medic practician la Limousin, fost preparator benevol al lui *Läénnec* la Collège de France, bunicul şi străbunicul său au fost deasemenea medici. Terminând liceul din Limoges, unde se remarcase prin calităţile sale spirituale, a voit să se prepare pentru şcoala polytehnică. Dar în 1870 şcoala se închide din cauza războiului. Urmând sfaturile tatălui său, s'a înscris la medicină pentru care nu părea să aibă nici o vocaţiune. In 1871 ajunge intern al spitalelor din Limoges. Profesorii şi elevii rămân uimiţi când internul *D'Arsonval* prezintă la Paris primul termometru medical, iar puţin în urmă alături de temperatură, el înscria forma pulsului, servindu-se de tamburul lui Marey.

Trecând apoi la Paris devine extern al spitalelor. Impresiunea că nu are calităţi pentru arta medicală, teama de responsabilitatea practicianului, îl determinară să se îndrepte către fiziologie. In 1873 Claude Bernard remarcându-l printre elevii săi, îl învită să lucreze în laboratorul său, dela Collège de France, iar *D'Arsonval* îşi propune să introducă fizica în medicină şi să facă o apropiere între fizician şi clinician. Acest lucru era foarte greu de realizat la acea epocă, şi adese ori auzea spunându-i-se: «La physique n'a rien avec la clinique et la médecine ne peut en tirer aucun profit».

Apropierea lui D'Arsonval de marele Claude Bernard a avut o influenţă covârşitoare asupra viitoarei lui activităţi. Fericit că poate lucra sub direcţiunea celui mai mare fiziologist al timpului, el şi-a putut continua cercetările în domeniul fizicei, care îl pasiona şi pentru care întrevedea un important rol în medicină.

In 1877, fără să mai fi părăsit laboratorul lui Claude Bernard, D'Arsonval îşi trece teza asupra «elasticităţii pulmonare» având vârsta de 26 de ani. Orientarea lui spre fizică şi fiziologie era un fapt îndeplinit. Acest lucru însă, îngrijea pe tatăl său; pentru el practica medicinei putea să-i dea oarecari posibilităţi de viaţă mai uşoară, decât ştiinţa pură. Atunci el adresă o scrisoare lui *Claude Bernard*, exprimându-şi dorinţa de a avea pe fiul său *Arsène* lângă el la sfârşitul carierii lui medicale şi că ar fi un prea mare sacrificiu pentru el, dacă *D'Arsonval* ar rămâne la Paris pentru a se consacra cercetărilor ştiinţifice. Memorabila scrisoare a lui *Claude Bernard* adresată tatălui lui *D'Arsonval*, a decis asupra viitorului marelui savant. Redăm câteva fraze din această scrisoare, care constituie un admirabil exemplu de raporturile ce trebuie să existe între profesor şi elev:

«Je comprend, monsieur, et je respecte pleinement le conflict si naturel qui s'établit entre le coeur d'un bon père et celui d'un bon fils. Tout ce que je puis vous dire, quant à moi, c'est que depuis j'ai pris votre fils avec moi, je l'apprecie de plus en plus.

J'ai vu peu de jeunes gens aussi bien doués que lui, pour la culture des sciences. Il a une grande instruction, un esprit des plus inventif, du goût et de l'ardeur pour les questions de théories et d'application et avec cela un caractère aimable et serviable qui le fait aimé de tous ses camarades et de tous ceux qui le connaissent.

Vous comprenez monsieur, qu'il me serait bien dificile dans ces circonstance de ne pas l'encourager et de ne pas croire de mon devoir de lui donner mon affection et mon appui dans une voie ou je le crois destiné à reussir.

Sans doute, les carrières scientifiques ne sont pas toujours aussi rapides dans leurs résultats immédiats que les carrières professionnelles proprement dites, mais elles ont aussi d'autres jouissances qui dédommagent ceux qui les parcourent».

Astfel *D'Arsonval* rămâne la Collège de France lângă iubitul său maestru şi începe marea lui operă ştiinţifică consacrată aplicaţiunilor fizice în biologie.

Incepând cu cercetări asupra căldurii animale, trecând apoi la acţiunea electicităţii asupra funcţiunilor vitale, creind electrozi impolarizabili, descoperind galvanometrul cu circuit mobil şi în fine studiind efectele produse prin curenţii alternativi, *D'Arsonval* punne fazele electroterapiei moderne.

La început au fost primite cu oarecare neîncredere descoperirile lui asupra curenţilor de înaltă frecvenţă. E cunoscută celebra frază a secretarului general al Academiei, în 1893 când D'Arsonval a făcut prima sa comunicare asupra nouilor sale descoperiri: «Passe pour une fois mon chèr collegue, mais n'y revenez plus». Azi curenţii de înaltă frecvenţă sunt întrebuinţaţi în toate ramurile medicinei, în chirurgie, în gynecologie, în stomatologie, etc. şi cu drept cuvânt această therapeutică poartă denumirea de d'Arsonvalizare.

Studiind efectele electricităţii asupra funcţiunilor vitale *D'Arsonval* observă şi accidentele produse prin electrocutare. Tot el descoperi remediul lor, respiraţiunea artificială.

Increzător în acţiunea agenţilor fizici, lor le-a consacrat întreaga lui putere creaotare. A contribuit astfel enorm la alinarea şi vindecarea multor suferinţe omeneşti.

Denumirea ce i s'a dat de părinte al physiotherapiei moderne este incontestabil bine meritată.

Prin subscripţie naţională, în semn de gratitudine, s'a creat profesorului *D'Arsonval* un laborator de fizică la Nogeant unde a continuat cercetările sale asupra curenţilor de înaltă frecvenţă. Cu ocaziunea unei vizite ce i-a făcut acolo Fontenay preşedintele consiliului municipal al Parisului, *D'Arsonval* îi spuse: «Voilà, je n'ai rien fait et tout reste à faire».

Elevii şi colaboratorii săi l'au sărbătorit în Mai 1933 la Sorbonna în faţa preşedintelui Republicei Franceze şi i'au remis o medalie de aur. Academia de medicină a comemorat 50 de ani dela alegerea lui *D'Arsonval* ca membru al ei, în Septembrie 1938, iar în Iunie 1939 la reuniunea dela Limoges, ne mai putând participa din cauza anilor ce-i slăbeau puterile, el invită pe toţi colegii şi amicii săi la locuinţa sa din «La Borie» unde se trăsese în ultimul timp.

In acest colţ al Franţei acest mare om al şti[illegible] nefăcător al omen[illegible] două calităţi:

INDUSTRIA MEDICO TECHNICA S. A.

Desfacerea produselor

SIEMENS REINIGER WERKE A. G.

aduce la cunoştinţa onor. clientelei că

S'A MUTAT

cu birourile şi expoziţia aparatelor electromedicale Röntgen şi dentare la:

B-dul LASCAR CATARGIU No. 1

(PIAŢA ROMANA)

BUCURESTI III TEL. 1.05.62

şi roagă a fi onorată cu vizitele stimatei clientele şi în viitor.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3–4 cachete pe zi după mese.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na. 2,50%
Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.
Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

...ntilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

...R. Bucureşti Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24 Tel. 3.11.42

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute și c**
la copii și adulți, **diabet, eczeme, acnee, foliculite, f urticaria, guta, colib**

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței gen
București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Descentralizarea Administraţiei Sanitare

Decizia Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

Printr'o decizie semnată de ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, *d. prof. dr. P. Tomescu,* s'a ajuns la realizarea unui vechi deziderat al serviciilor sanitare şi de ocrotire exterioare, descentralizarea administraţiei sanitare.

Ministerul sănătăţii a consimţit astfel să delege o mare parte a drepturilor şi atribuţiilor ce-i revin astăzi aproape în mod exclusiv, cu scopul de a stimula cât mai mult iniţiativa locală, de a întări autoritatea şi puterea de acţiune a conducătorilor serviciilor şi instituţiilor sale exterioare — şi de a uşura rezolvarea rapidă a majorităţii problemelor şi chestiunilor la faţa locului prin cei mai indicaţi să cunoască şi să aprecieze importanţa şi urgenţa lor în raport cu nevoile locale.

Prin această descentralizare se urmăreşte însă şi realizarea unei mari economii de muncă, de timp şi de material, cari se pierd astăzi prin faptul că şi cele mai mărunte chestiuni de interes pur local sunt înaintate ministerului. In acest mod se ajunge la decongestionarea centrului de numeroasele-i atribuţii de ordin secundar pe cari le are astăzi, permiţându-se astfel organizaţiei centrale de a se ocupa de problemele mari ale sănătăţii publice.

Conferinţa inspectorilor generali sanitari la ministerul sănătăţii

La ministerul sănătăţii s'a ţinut conferinţa inspectorilor generali sanitari din toată ţara, sub preşedinţia d-lui ministru prof. dr. *P. Tomescu,* asistat de d. secretar general dr. *S. Tovaru.*

Cu acest prilej d. ministru al sănătăţii a făcut o expunere amplă asupra rolului foarte important pe care inspectorii sanitari îl au în lupta ce trebue dusă pentru ameliorarea sănătăţii publice. Lăsând preocupările birocratice, inspectorii trebue să fie animatorii întregului aparat sanitar al statului. Prin descentralizarea administraţiei sanitare, înfăptuită de curând, rolul lor este mult mai mare decât trecut, dar şi răspunderile lor [illegible] în raport cu sporirea atribuţiilor. Inspectorii sanitari sunt obligaţi [illegible] informaţie imediată şi [illegible] faptelor cari [illegible] publică, iar în [illegible] şi eficace

Prin intermediul celor 9 inspectori sanitari ai ţării, d. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, adresează un apel călduros către medicii de toate categoriile din serviciul statului, pentru o activitate mai intensă şi mai rodnică.

Spitalele de pretutindeni trebuesc puse în stare de funcţionare normală, iar lipsurile lor imediat complectate. Astfel, fiecare judeţ va trebui să aibă un laborator de radiologie şi unul de analize, conduse de specialişti. Fiecare spital mare va avea o farmacie condusă de un titrat.

Eforiile sanitare vor fi stimulate în activitatea lor pentru a constitui un sprijin real pentru instituţiile şi pentru întreaga operă de sănătate publică a unui judeţ.

De asemenea se va studia problema izolării bolnavilor gravi de tuberculoză. In principiu ar fi foarte necesar ca fiecare judeţ să aibă un spital pentru izolarea tuberculozei şi inspectorii sanitari vor face propuneri concrete în această direcţie.

Problema pregătirii personalului sanitar auxiliar va fi rezolvată prin crearea de noui şcoale de moaşe, de agenţi sanitari şi de surori de caritate şi de ocrotire. Inspectorii sanitari vor face propuneri asupra localităţilor unde aceste şcoli s'ar putea organiza.

In ceeace priveşte practica medicală în mediul rural sperăm ca ea să fie mult ameliorată graţie nouei salarizări a medicilor de circumscripţie care în regiunile sărace va ajunge până la 19.000 lei lunar.

La închiderea reuniunii s'a decis ca în fiecare regiune sanitară să se ţină în cursul verii câte o conferinţă cu medicii primari de judeţ şi de spitale. La aceste conferinţe vor lua parte d. ministru al sănătăţii şi secretarii generali ai ministerului.

După expunerea d-lui ministru prof. dr. P. Tomescu au luat cuvântul, expunând problemele sanitare ale fiecărei regiuni d-nii inspectori generali sanitari : dr. I. Apostolescu (Bucureşti), dr. Nistor Pompiliu (Iaşi), dr. Troia (Galaţi), dr. Suflery (Constanţa), dr. Cosmuţă (Craiova), dr. Cosma (Sibiu), dr. Buteanu (Timişoara), dr. Bariţiu (Alba-Iulia), dr. Rădulescu (Suceava).

Organizaţia sanitară în judeţe

Cu ocaziunea vizitării instituţiilor sanitare din diferite judeţe din ţară (Târnava mare, Buzău, Râmnicul-Sărat, Putna, Bacău, Tecuci, Vlaşca) d-l Profesor Dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii şi ocrotirilor Sociale, a dat directive pentru reorganizarea spitalelor statului din reşedinţa judeţelor, mărindu-le capacitatea de spitalizare şi complectându-le lipsurile, pentru a asigura populaţiei o mai bună asistenţă medicală.

Deasemeni se vor infiinţa imediat laboratoare de higienă şi analize biologice, atât de necesare pentru acţiunea de medicină preventivă cât şi pentru stabilirea diagnosticului în diferite boale.

Cu acest prilej s'au luat şi măsuri pentru organizarea stagiului de vară al studenţilor în medicină, ce va fi făcut în spitalele din provincie cât şi în mediul rural, asigurându-li se posibilităţile de învăţământ practic şi bune condiţiuni de trai. In fiecare oraş se vor face pentru lunile Iulie şi August căminuri pentru studenţi în internatele şcoalare puse la dispoziţie de ministerul Educaţiei Naţionale.

Organizaţie unitară a serviciilor sanitare

In consiliul de miniştri dela 6 Mai cr., s'a hotărât ca, pentru a se asigura o mai bună asistenţă medicală a întregei populaţii, să se facă o organizaţie unitară a serviciilor sanitare care aparţin diferitelor departamente şi organizaţii publice. In mediul rural şi în micele oraşe, vor funcţiona servicii medicale unitare, care să asigure o bună asistenţă pentru toţi locuitorii. In acest scop, serviciile statului, ale asigurărilor sociale, ale căilor ferate şi ale altor instituţii publice vor fi organizate în comun.

Deciziunile Comitetului de conducere al Colegiului medicilor.

In ultima şedinţă a Comitetului Central al Colegiului Medicilor, s'au discutat următoarele :

Proectul pentru exercitarea practicei dentare reduse

Dentistica fiind o ramură a medicinei, Comitetul propune un proect prin care dentistica să se atribue exclusiv doctorilor în medicină, specializaţi în stomatologie şi care va reglementa practica dentară redusă pentru cei autorizaţi până în prezent.

Se decide înaintarea lui ministerului muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale.

Inproprietărirea medicilor din exproprierile urbane evreeşti

Pe baza decretului de expropriere se decide a se interveni pentru împroprietărirea medicilor, din exproprierile urbane evreeşti.

D. dr. Gh. Marinescu face cunoscut audienţa ce a avut loc la d. subsecretar de Stat Mircea Vulcănescu pentru stabilirea adevărului privitor la capitalul depus la C. E. C. de către Cooperativa Uzinelor Sanitare.

In urma audienţei, d. ministru a trimis pentru referire Comisiunei de

verificare a fondurilor mișcării legionare, să avizeze pentru deblocarea sumelor.

Întocmirea dosarelor-fișe pentru medicii evrei

Se decide conform art. 56 din legea pentru Organizarea Colegiului medicilor, să se întocmească dosare-fișă medicilor evrei aflați în raza secțiunei Județului Ilfov, pe bază de acte prezentate personal la sediul Asociației profesionale a medicilor evrei, în prezența Secretarului Colegiului.

Pentru satisfacerea art. 46 se va pretinde dovada înscrierei la biuroul populației.

Comitetul a mai luat următoarele hotărâri :

Se decide darea în judecata Comisiunei de disciplină a medicului evreu Simșa pentru călcarea dispozițiunilor Legii, în sensul că a făcut reclamă în ziare neconformă cu conținutul stabilit de Colegiul Medicilor, prin art. 37.

Pe baza referatului prezentat de către Serviciul Contabilității se decide uniformitatea în scriptele secțiunilor județene, în care scop se vor tipări formulare ce vor indica normele de înregistrare a operațiunilor, în viitor.

Se decide a se interveni printr'o circulară la toate revistele științifice medicale, pentru trimiterea la apariția lor, Colegiului medicilor, în scopul întocmirii unei biblioteci.

Ameliorarea practicei în mediul rural

In consiliul de miniștri, dela 29 Aprilie, ținut sub președenția *d-lui general Antonescu,* s'au dat următoarele dispoziții :

a) In fiecare județ se va înființa imediat câte un laborator de analize biologice și unul de radiologie, conduse de specialiști și care vor servi atât instituțiile civile cât și cele militare, precum și întreaga populație a județului.

b) Să se plătească un spor de salariu, sub formă de primă de reședință, medicilor care dețin servicii în regiuni sărace. In acest mod se vor ameliora simțitor salariile multor medici din mediul rural ajungându-se până la 19.000 lei lunar.

c) Salariile medicilor de circumscripție rurală să se plătească fără reduceri, adică lei 11.000 la care se adaugă diurna pentru deplasări de 3000 lei lunar.

Recensământul farmaciștilor și droghiștilor

Se aduce la cunoștința tuturor farmaciștilor și droghiștilor, civili și militari, proprietari sau neproprietari, că în ziua de 15 Mai crt. se face recensământul general.

La această dată toți farmaciștii și droghiștii se vor prezenta la serviciile sanitare pentru completarea fișelor după cum urmează : cei din comunele rurale la medicii de circumscripție iar cei din orașe la serviciile sanitare respective. Farmaciștii din Capitală la sediul Colegiului general farmaceutic, iar droghiștii militari și concentrați se vor prezenta la serviciile sanitare civile cele mai apropriate.

Cei care nu se vor prezenta la timp, nu vor putea fi trecuți în tabelele de farmaciști și droghiști, care au dreptul să practice în țară.

Înființarea și organizarea consiliului de patronaj al operilor sociale

D. *profesor Dr. P. Tomescu,* Ministrul Sănătății și ocrotirilor sociale a făcut următoarea expunere de motive la decretul-lege pentru înființarea și organizarea consiliului de patronaj al operilor sociale:

«Problemele de ocrotire și de asistență socială, fiind pe primul plan al preocupărilor guvernului, credem că cea mai bună soluționare a lor nu o putem găsi decât printr'o colaborare largă cu toți oamenii de bine ai țării.

Pentru a coordona inițiativele cari au dus până în prezent la înfăptuiri numeroase și pentru a stimula noui creațiuni în domeniul operelor sociale, ținând întotdeauna seama de nevoile populației noastre, am considerat foarte necesar să se creeze un Consiliu de Patronaj al operelor sociale.

In adevăr, această acțiune de ocrotire a tuturor elementelor sociale în evoluție și de asistență a celor cari au de luptat cu adversitățile soartei, trebue dusă în mod sistematic pe tot întinsul țării.

De aceia s'a prevăzut în legea pentru înființarea Consiliului de patronaj, organizarea comitetelor județene, cari vor avea o activitate locală.

Atât în organizația centrală cât și în cea periferică s'au prevăzut norme de strânsă colaborare între autoritățile de Stat și între personalitățile cari au o competență și o activitate recunoscută în domeniul operelor sociale.

Avem credința că prin aplicarea legei ce propunem, operele de ocrotire și de asistență socială, vor lua, în țara noastră o mare desvoltare, căpătând în acelaș timp, o bună și sistematică organizare.

Reorganizarea serviciilor de radiologie ale Statului

In cursul vizitelor pe care d. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătății și ocrotirilor sociale, le-a făcut la instituțiile sanitare din țară, a observat că majoritatea serviciilor de radiologie funcționează în condiții rele sau nu funcționează de loc.

In dorința de a se pune la dispoziția spitalelor mijloace moderne de diagnostic și tratament, ministerul sănătății a trimis anii trecuți aparate de radiologie, care în multe locuri stau neîntrebuințate din cauza lipsei specialiștilor și se deteriorează.

Ceva mai mult, chiar practica acestei specialități lasă mult de dorit.

Pentru a examina situația și a găsi mijloacele de îndreptare, d. ministru al sănătății a convocat o comisiune compusă din d-nii: prof. dr. V. Ciocâlteu, decanul facultății de medicină d-rii: E. Lazeanu, I. Jovin și Amilcar Georgescu, conferențiari și docenți de radiologie ai facultății de medicină din București.

In urma discuțiunilor urmate și în conformitate cu hotărîrile consiliului de miniștri dela 6 Mai, s'au luat următoarele deciziuni:

1) Deoarece unii medici practică specialitatea radiologiei fără să aibă o pregătire temeinică, o comisiune va revizui titlurile în baza cărora ei s'au intitulat specialiști la recensământul medicilor dela 15 Martie c.

2) Cum țara are nevoe de specialiști radiologi, toți acei cari nu au o pregătire suficientă vor fi chemați la un curs de perfecționare care se va organiza în lunile Iulie, August și Septembrie. In acest scop ministerul sănătății va face demersurile necesare pentru ca acest curs să fie organizat de facultatea de medicină din București.

La acest curs se vor putea înscri, în limita locurilor disponibile și alți medici cari practică radilogia fără să aibă titluri academice corespunzătoare.

3) Cu ajutorul tuturor specialiștilor de care dispunem, se vor pune în stare de funcționare normală câte un serviciu de radiologie în fiecare oraș-reședință de județ.

4) Ministerul sănătății va face demersurile necesare pentru ca facultatea de medicină din București să organizeze un curs de specializare în radiologie, de un an, cu începere din luna Ooctombrie 1941.

In conformitate cu aceste de[cizii] d. ministru al sănătății pub[lic] mit o comisiune de [re]cialiștilor în radi[o]d-nii d-ri: E[. La]Amilcar Ge[orgescu], docenți [de] misiunei: [Ser]mar de

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

Reprezentanţa exclusivă: „SPEPHAR" — Laborator de produse farmaceutice
MARCEL HOTT – 2 bis, Strada Profesor ION BOGDAN – Bucureşti III – Telefon: 2.11.78

Efectele dovedite ale preparatelor

„ANIMASA"

1) Scăderea durabilă a tensiunei
2) Ameliorarea rapidă a fenomenelor subiective.
3) Ameliorarea funcţiunilor inimei.
4) Relaxarea puternică a vaselor sanguine şi diureza accelerată.
5) Agumentarea capacităţii fizice şi intelectuale.

ANIMASA SIMPLEX: Arterioscleroză şi Hypertensiuni medii
1 tabl. = 0,05 Extract de intima şi media precum şi elementele constitutive ale sângelui. — 3 x 1–2 tablete pe zi.

ANIMASA FORTE: Hyerptensiunile mari, angina pectoris şi arterioscleroză înaintată.
1 tabl. = 0.1 Animasa 0.005 Jod, 0.015 broalbumină şi 0.001 nitroglicerină. — 3 x 1 tabletă pe zi

NIMASA INJECŢII: Hypertensiunile rebele (tratament combinat cu Animasa Forte).
5 Animasa, 1.0 sânge proaspăt, ...at. — 3 x 1 fiolă pe săptămână

OTHERAPEUTISCHE WERKE G. m b. H. Osnabrueck
Literatură şi eşantioane:
„SANOFORM" BUCUREŞTI I, CĂSUŢA POŞTALĂ 34.
Telefon 4.23.07

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUȚIE
TABLETE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonă.

IODOTERAPIA PE CALE PARENTERALA PRIN

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Fiole de 2 cc. și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod

In tratamentul urticariei precum și al tuturor stărilor de anafilaxie, atât la copii cât și la adulți. prescrieți

PEPTOCALCIUM FORTE

pentru adulți și

PEPTOCALCIUM MITE

pentru copii

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

NOUA FORMĂ IN
GRANULE

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate - Decalcificări.

Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiza.

CALCIGÉNOL
GRANULE

FORMULA:

FOSFAT DE CALCIU MICELAR,
HIPOFIZA, PARATIROIDA.

GRANULE: 2-3 linguriţe de cafea pe zi.—

LABORATORUL DOCTOR PINARD — PARIS

Eşantioane şi literaturi:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R. 103 Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 221/38

Anul XIX. No. 12 — 10 lei Exemplarul — 15 Iunie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Triju V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239.43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ... SIBIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. ST. NICOLAU: *Situaţia actuală a boalelor venerice în ţară* 185

Dr. A. PAUNESCU-PODEANU, Dr. AL. APOSTOL şi Dr. M. BALAŞOIU: *Fenomene de sensibilitate şi de sensibilizare la sulfamide.* . . 189

Dr. I. EMINESCU: *Kist hidatic de coastă* 191

Dr. G. OLANESCU şi Dr. I. JUVARA: *Rezultate obţinute cu Dolantin ca analgezic şi antispasmodic* . 191

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Dr. S. Ţovaru şi Dr. Dem. Teodorescu: La maladie opératoire; recenzie de Conf. Dr. T. Burghele. 192

CRONICI

Sărbătorirea Profesorului Dr. Fr. I. Rainer 195

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Conferinţa medicilor din Moldova; Expunerea D-lui Prof. P. Tomescu;

Pagina

Rapoartele medicilor conducători de instituţii sanitare şi servicii din Moldova; Vizitarea instituţiilor sanitare din Iaşi, Vaslui, Huşi, Bârlad 193

Conferinţa medicilor din regiunea Galaţi 194

Controlul şi conducerea Laboratoriilor Ministerului Sănătăţii; Concurs pentru medici primari; Confirmări de medici de circonscripţii; Al XX-lea congres de Balneologie; O donaţie semnificativă 196

Substanţa sintetică unitară, fără alcaloizi cu acţiune spasmolitică vastă şi efect analgezic puternic, fără acţiune hipnotică accesorie

DOLANTIN

ADMINISTRABIL ORAL ŞI PARENTERAL
FIOLE, TABLETE, SUPOZITOARE

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă. uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

In maladiile febrile
In maladiile infecţioase, acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na. 2,50%

Cutii a 1,3 sau 5 fiole. a 2 cmc.

Doza uzuală: 1 fiolă intramuscular zilnic.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24 Tel. 3.11.42

FELLOWS

SIROP DE HIPOFOSFITI

ajută să combată efectele debilitante ale infecţiunilor aparatului respirator şi ale sarcinei, precum şi debilitarea provocată de regim şi în afară de aceasta este un excelent stimulent al poftei de mâncare.

Acest medicament sigur şi reconfortant conţine valoroase săruri minerale şi este prescris de medici, de mai bine de 60 de ani, în toată lumea.

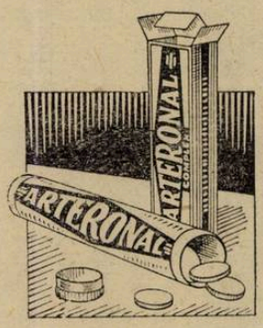
La prepararea Siropului FELLOWS se aplică o atât de mare minuţiozitate, încât numai la cererea expresă de FELLOWS este asigurată aceiaşi calitate neschimbată.

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

BUCUREŞTI I. — Str. Sf. Ionică. 8.

HYGEA



ARTERONAL

TABLETE

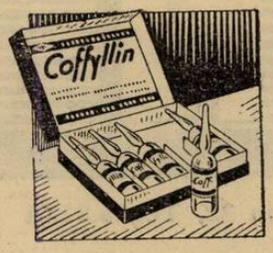
Simplex

Phenobarbit	0,03
Theobromin pur	0,40
Natr. nitros	0,03

Complex

Phenobarbit	0,02
Theobromin	0,20
Amidopyrin	0,10
Papaverin	0,02

Arterioscleroză
Ipertensiune arterială
Ipertonie
Anghină pectorală



COFFYLLIN

Injecţii Theophyllin pur
Coffein pur
10 cmc.

Suppositorii Theophyllin pur
Coffein pur

Afecţiuni cardiovasculare

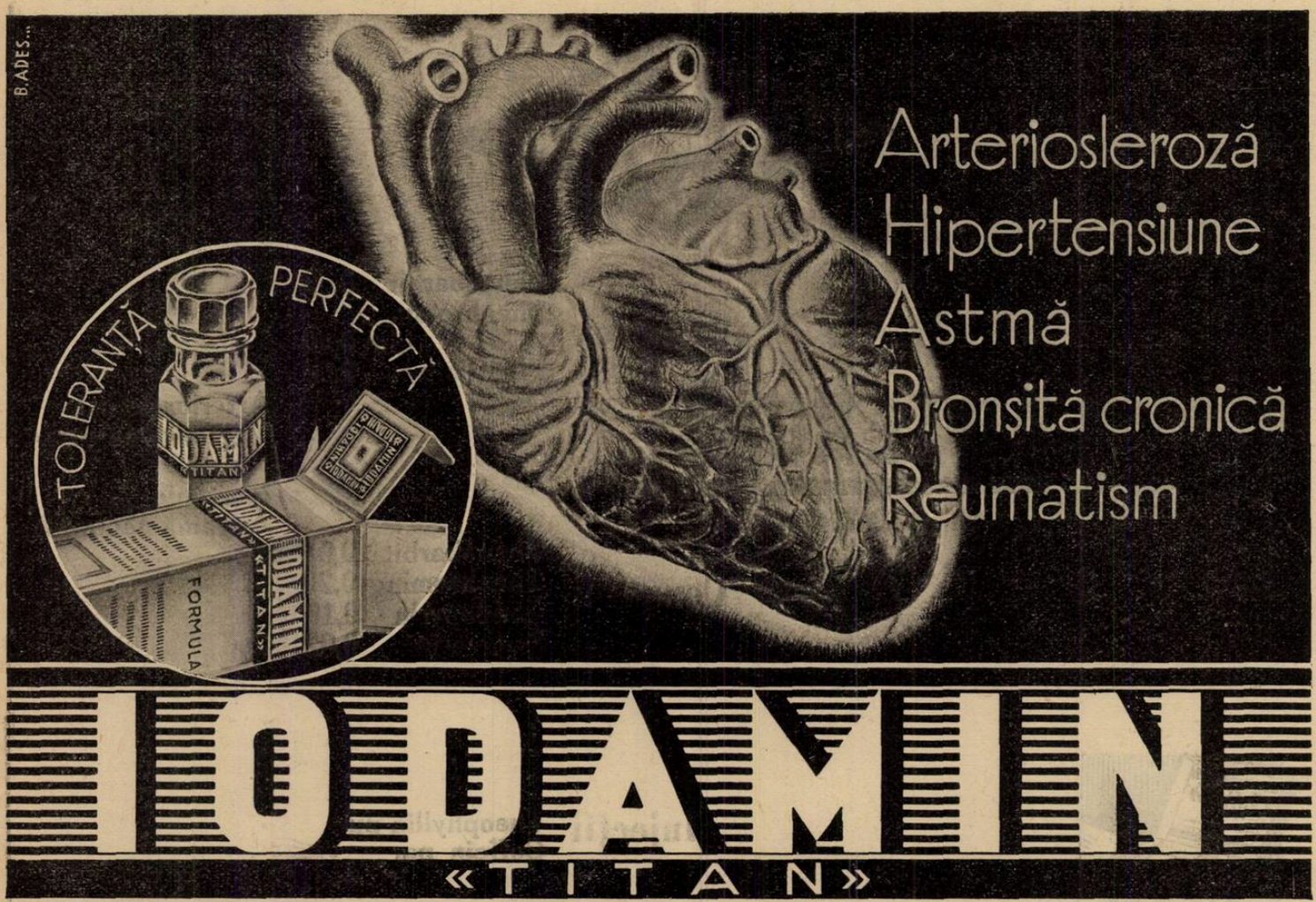
CALMAROL

SIROP

Natr. phenobarbit
Antipyrin
Natr. bromat
Tra Valerian spirt
Extr. Passiflor

Calmant al sistemului nervos central

HYGEA S. A. R. CLUJ
Fabrica pt. produse chimice şi farmaceutice
BUCUREŞTI
Splaiul Unirii, 127
TELEFON 4.22.44



IODAMIN

«TITAN»

Repr. generală pentru România: „S. I. F.“ s. a. r. București, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

SOLU-SALVARSAN

Pentru injecții intramusculare și intravenoase.

Efecte rapide și persistente asupra treponemelor și simptomelor clinice. Absolut neiritant și injectabil fără dureri. Bine tolerat chiar în injecția intravenoasă.

Orice serie de fabricație este riguros controlată din punct de vedere chimic, biologic și clinic.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53. Telefon: 3.92.86

Anul XIX. No. 12 10 Lei Exemplarul 15 Iunie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Situaţia actuală a boalelor venerice în ţară

Măsuri de îndreptare [1])

de Prof. Dr. ST. NICOLAU

Boalele venerice şi în special sifilisul au luat în ultimul timp, la noi, o întindere neobişnuit de mare.

Nefiind în măsură să sprijinim afirmaţiunile noastre pe date statistice privind situaţiunea din întreaga ţară, lucru de altfel, după cum se ştie, totdeauna greu de stabilit cu preciziune în această materie, ne vom mărgini să aducem aci, cu titlu de element de orientare, câteva date privind mişcarea bolnavilor atinşi de Sifilis recent (Sifilis primar şi primo-secundar), în cursul ultimilor 3 ani, la Serviciul de consultaţiuni venerice dela spitalul Colentina.[2]).

Din datele pe care le aducem aci — restrânse ca număr o recunoaştem, dar importante în schimb, credem, din punct de vedere documentar, prin omogenitatea isvorului şi stricta lor observaţiune, — rezultă că, pe când în anul 1938 numărul total al acestor bolnavi era numai de 446, în anul următor, 1939, acest număr s'a ridicat deodată la 800, pentru a se ridica apoi, mai departe, la 1201, în anul 1940.

S'ar putea desigur obiecta că datele produse de noi, emanând dintr'un singur post de observaţie n'ar putea fi invocate pentru a se caracteriza situaţia reală a endemiei venerice din întreaga ţară. Obiecţiunea îşi are desigur importanţa ei, dar ne grăbim să adăogăm că din informaţiunile culese din diferite părţi, ne-am putut face convingerea că faptele înregistrate de noi n'au numai o semnificare locală ci, din nefericire, ele oglindesc în mod destul de fidel situaţiunea din întreaga ţară. Din convorbirile pe care le-am avut cu confraţi, specialişti sau nu, practicând în regiunile cele mai diverse, o îngrajorare generală se degajă, faţă de această recrudescenţă a boalelor venerice.

Aşa fiind lucrurile, am crezut de datoria noastră, să dăm aci alarma cuvenită, cu convingerea că intervenţia noastră va găsi tot ecoul dorit în spiritul larg înţelegător ce animă actuala conducere a Sănătăţii publice.

I. *Cauzele întinderii boalelor venerice, la noi.*

O primă chestiune pe care ţinem s'o discutăm aci este aceia a cauzelor obişnuite ale endemiei venerice la noi, cât şi a împrejurărilor cărora credem că s'ar putea atribui, cel puţin în parte, agravarea situaţiunii în anii din urmă. Discuţiunea acestei chestiuni mi se pare de un interes capital, deoarece numai o perfectă cunoaştere a cauzelor răului ne-ar putea permite să întreprindem cu succes combaterea lui.

Boalele venerice au fost întotdeauna din cele mai înfloritoare la noi. Ţara noastră s'a bucurat totdeauna de tristul privilegiu de a avea un foarte ridicat procent de morbiditate venerică, întrecând cu mult pe cel existând în alte părţi. Afirmând acest lucru nu avem în vedere numai ţările cu civilizaţie mai veche, dar chiar ţările de formaţie mai recentă, limitrofe nouă şi cu posibilităţi de realizări asemănătoare, dacă nu inferioare, celor existente la noi.

Care ar putea fi explicaţia acestui lucru?

Cauzele extinderei boalelor venerice sunt în general de ordin multiplu: social, economic, moral, cultural, etc., dar, deosebit de toate acestea, principala cauză a deplorabilei situaţiuni de la noi, n'ar trebui căutată, după părerea noastră, decât în lipsa unei reacţiuni serioase de apărare, din partea puterilor publice, în contra acestor boale. Intr'adevăr, printr'o curioasă şi neînţeleasă subestimare a pericolului rezultând din boalele venerice pentru sănătatea şi viitorul rasei, chestiunea acestor boale a fost totdeauna privită la noi, în erarhia preocupărilor noastre sanitare, ca o chestiune secundară, sau de al doilea plan.

Cu deosebită părere de rău trebue să spunem aci că repetatele noastre intervenţii în această privinţă, dacă au putut deştepta uneori, în cercuri restrânse, un interes mai mult sau mai puţin trecător, ele n'au avut niciodată darul să creieze în sânul forurilor noastre conducătoare starea de spirit necesară unei mai juste înţelegeri a situaţiunii. Aşa fiind lucrurile, ne putem uşor explica pentruce lupta în contra boalelor venerice n'a fost niciodată întreprinsă, la noi, cu toată convingerea şi cu toată amploarea pe care o reclamă această gravă problemă medico-socială, mulţumindu-ne de cele mai multe ori, cu măsuri improvizate sau de circumstanţă, care dacă aveau darul să dea impresia că «se face ceva», rămâneau în realitate lipsite de orice rezultat practic.

Departe de noi ideia de a aduce prin aceasta vre-o învinuire cuiva. Suntem cei dintâi a recunoaşte că bunăvoinţe şi energii din cele mai active s'au manifestat adesea aci dar, din nefericire, în faţa lipsei de posibilităţi materiale de realizare, cât şi a dificultăţilor de tot felul ridicate de problema venerică, toate aceste energii s'au sbătut fără nici un folos, rezultatul străduinţelor lor traducându-se în general prin soluţiuni de compromis.

Este adevărat că lupta în contra boalelor venerice nu este o luptă uşoară. Ea este în tot cazul dintre acelea care *n'ar putea fi niciodată dusă la bun sfârşit cu mijloace simple*, şi iată pentru ce. Prin caracterele lor speciale ca: lunga durată a perioadei lor contagioase, uşurinţa cu care aceste boale pot fi disimulate de toţi aceia care au dorinţa sau interesul să o facă, cât şi modul lor obişnuit de propagare, legat de satisfacerea unui instinct atât de puternic ca cel sexual, — profilaxia acestor boale pune în practică probleme mai complexe şi mai greu de rezolvat decât ori care altă boală socială.

Pentru motivele arătate, lupta antivenerică, reclamă nu numai un plan de acţiune propriu, dar şi o anumită tactică de realizare, ale cărui principii fundamentale le-am putea rezuma în următoarele două puncte:

a) O primă condiţiune de reuşită a luptei antivenerice este aceea ca ea să fie intreprinsă pe un plan *integral*, am putea zice »totalitar«, adică, făcându-se apel, fără nici o omisiune, la conlucrarea armonică a tuturor mijloacelor a căror eficacitate în materie a fost demonstrată de experienţă. Degeaba se va recurge aci la măsuri singulare sau izolate, aşa cum s'a făcut deobicei până acum la noi, căci ori care ar fi importanţa şi virtuţile individuale ale acestor măsuri, ele vor rămâne fatal inoperante dacă nu vor fi complectate şi încadrate cu altele, de mai mică importanţă, poate, la prima vedere, dar care ar fi constituit complimentul lor natural şi condiţia lor indispensabilă de succes. Inutil, credem, a insista mai

1) După o comunicare făcută în şedinţa Consiliului Superior al Sănătăţii din 24 Mai 1941.

2) Aceste date au fost culese, în urma însărcinării noastre, de D-ra Doctor *Corina Vasilescu* preparatoare a Serviciului.

mult asupra principiului enunţat. Lucru apare prin el însuşi atât de evident, încât face de prisos necesitatea oricărei exemplificări. Referindu-ne la cele spuse, ne putem deci mărgni a conchide că *în materie de luptă antivenerică orice jumătăţi de măsuri sunt condamnate dinainte la un eşec complect.*

b) O a doua condiţie tot atât de indispensabilă pentru reuşita luptei anti-venerice, este ca această luptă să îmbrace un caracter de *permanenţă* şi să fie totdeodată întreprinsă în mod *simultan* în toată întinderea ţării, de oarece din cauza circulaţiunii neîntrerupte a populaţiunii, ce caracterizează viaţa modernă, propagarea boalelor venerice se face după un principiu pe care l-am putea compara cu acela al «vaselor comunicante». Aşa fiind lucrurile, suntem îndreptăţiţi să spunem că ar fi o adevărată utopie să sperăm a avea sate asanate din punct de vedere veneric, fără oraşe asanate, şi viceversa.

Neînţelegerea îndeajuns a acestor adevăruri de bază ne explică pentruce toate sforţările ce s'au făcut până acum la noi în materie de profilaxie anti-venerică au condus la rezultate atât de puţin satisfăcătoare, ele nefiind întreprinse pe adevăratul lor plan şi lipsite în acelaş timp de acel caracter de integralitate şi universalitate de care vorbeam.

Dar, pe lângă cauzele favorizante decurgând din împrejurările amintite, dăinuind de totdeauna la noi şi cronice, ca să zicem astfel, în efectele lor, a mai intervenit în ultimul timp un număr de împrejurări noui, în legătură cu situaţiunea excepţională de astăzi, care, adăogându-se cauzelor preexistente, n'au făcut decât să înrăutăţească şi mai mult o situaţiune destul de serioasă deja şi până aci.

Împrejurările noi la care facem aluzie se referă în primul rând la concentrările masive din ultimii ani, necesitate de apărarea naţională şi, într'o mai mică măsură, la cele create de exodul refugiaţilor din teritoriile pierdute.

Este un lucru bine cunoscut de totdeauna că stările de război, sau chiar numai stări de mobilizări mai importante şi mai prelungite, prin faptul perturbărilor pe care ele le determină în condiţiunile obişnuite de viaţă ale indivizilor, printre care cităm în primul rând dislocarea atâtor elemente tinere din mediul familial, cât şi despărţirea pe timp mai îndelungat a soţilor, se însoţesc întotdeauna, pentru motive uşor de înţeles, de o recrudescenţă a boalelor venerice. Ţinând seamă de învăţătura trecutului am încercat, în lucrarea noastră intitulată «*Combaterea boalelor venerice în timp de război*», publicată în marele volum consacrat Medicinei de Războiu, tipărit sub auspiciile Academiei Române de Medicină, să atragem din timp atenţiunea asupra acestui lucru şi să schiţăm un întreg program de măsuri menite să reducă la minimum întinderea răului.

Din nefericire, acest rău nu s'a putut evita, cel puţin în măsura pe care am fi dorit-o.

Faptul cert este că astăzi, atât în spitale cât şi la consultaţiile private, vedem, independent de alte boale venerice, mult sifilis proaspăt la militari permisionari sau desconcentraţi. Aspectul leziunilor de care ei sunt atinşi, coroborat cu datele rezultând din calculul incubaţiunilor, arată că este vorba în toate aceste cazuri de infecţiuni recente, contractate, după spusele lor, parte dela prostituatele flotante ce misună în zonele militare, cele mai multe însă în urma raporturilor avute cu femei de situaţie socială bine definită (femei măritate), din satele sau localităţile unde unităţile lor erau cantonate.

Ne permitem cu această ocazie să atragem în mod deosebit atenţiunea autorităţii sanitare asupra acestui din urmă pernicios isvor de contagiune. Este vorba aci de acea formă particulară de prostituţie «ocazională», clandestină prin excelenţă, care înfloreşte întotdeauna, chiar în mediul zis onest, ori unde există aglomeraţiuni mai importante de trupe.

In situaţiunea de astăzi, o colaborare, cât mai strânsă şi mai efectivă, este necesară între autoritatea sanitară civilă şi cea militară.

In primul rând se cuvine ca autoritatea sanitară civilă să exercite o supraveghere din cele mai strânse asupra prostituţiei din zona armatelor, ori care ar fi forma sub care ea s'ar exercita, procedându-se chiar, în regiunile mai venerizate, la examenul în masă al populaţiunii, în scopul descoperirii focarelor şi asanarea lor prin tratament.

Pe de altă parte, autoritatea sanitară militară va veghia la cea mai strictă aplicare a măsurilor prevăzute de legile şi regulamentele sanitare în vigoare, în scopul prezervării militarilor de contaminări venerice (instrucţiuni privind profilaxia individuală antivenerică, distribuirea largă de truse profilactice, sau, şi mai bine amenajarea la infirmeriile fiecărei formaţiuni a unui serviciu de desinfectare genitală, obligatoare pentru toţi oamenii învoiţi etc.), cât şi a împiedica pe cei eventual îmbolnăviţi de a transmite mai departe boala lor în populaţia civilă, sau să o ducă în familiile lor (examenul corporal periodic al oamenilor, în scopul descoperirii cazurilor, şi internarea celor bolnavi în spital până la vindecarea consolidată a boalei lor). Dacă ne permitem să insistăm aci asupra aplicării unor măsuri, în cea mai mare parte deja prevăzute în legile şi regulamentele existente, aceasta o facem pentru motivul că anumite lucruri văzute de noi ne au lăsat impresia, că la unele formaţiuni militare cel puţin, nu s'a dat întotdeauna atenţia cuvenită supravegherii boalelor venerice. Numai aşa ne-am putea explica extensiunea luată actualmente de boalele venerice în mediul militar, cât şi cazurile de sifilis florid văzut adesea la militari recent desconcentraţi, ale căror leziuni n'ar fi putut de sigur scăpa unui examen medical, oricât de sumar, la plecare.

Este vorba aci de abateri pe care suntem departe de a le crede generale, dar care prin consecinţele grave pe care le-ar putea avea, nu trebuesc tolerate, nici cu titlul de excepţii, astăzi mai ales când întreaga floare a tineretului ţării se găseşte sub arme. Fără a avea câtuşi de puţin intenţia de a aduce prin aceasta vre-o învinuire cuiva, am crezut totuşi că este o datorie pentru noi să semnalăm cele constatate autorităţilor în drept, în scopul ca astfel să se poată lua din timp cuvenitele măsuri de îndreptare.

Pentru a se înţelege mai bine importanţa şi urgenţa unor atari măsuri, este de-ajuns să ne gândim la ravagiile pe care le-ar putea face toţi aceşti militari îmbolnăviţi cari, redaţi vieţii civile, nu numai vor răspândi infecţiunea în jurul lor şi o vor duce în căminurile lor, dar vor periclita, atunci când este vorba de sifilis, pe lângă sănătatea soţiei şi pe aceea a descendenţilor săi. Privind lucrurile sub acest aspect, am putea zice că toate neajunsurile şi suferinţele inerente stărilor excepţionale de azi, vor fi de mult reparate şi uitate, când vom continua să deplângem încă urmările îndepărtate, asupra rasei, a sifilizării masive a populaţiei, realizată în aceste împrejurări.

II. *Câteva consideraţiuni cu privire la programul general de luptă în contra boalelor venerice.*

După expunerea sumară a cauzelor care, după părerea noastră, au jucat un rol mai important în menţinerea endemiei noastre venerice la un nivel atât de ridicat, cât şi a acelora care au contribuit la determinarea recrudescenţei actuale a acestor boale, să vedem acum care ar fi, în linii generale, mijloacele ce s'ar putea opune întinderei răului.

După cum se ştie, statutul în baza căruia se dă actualmente lupta anti-

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS (8e)

EUBASINUM

Nordmark-Werke

2 – (p-aminobenzol-sulfonamid) – pyridin

Gonoree
Pneumonie
Meningită

Tuburi orig. cu 10 tabl. a 0,5 g.
Cutii org. cu 3 tuburi a 10 tabl. a 0,5 g.

Pentru România: Dr. ALEX. RADU, București 3, Str. Sofia 30

venerică la noi, este Legea sanitară din 1930 şi Regulamentul ce o complectează, ambele inspirate după un anteproect elaborat, în urma însărcinării dată pe timpuri de Ministerul Sănătăţii, de o comisie de specialişti pe care am avut cinstea de a o prezida.

Deşi anteproectul amintit a suferit în sânul Corpurilor Legiuitoare, numeroase modificări, din care unele fundamentale, care i-au alterat profund fizionomia, am putea zice totuşi că această lege, aşa chiar cum a fost votată, reprezintă încă, în ansamblul său, din punct de vedere «formal» cel puţin, un puternic dispozitiv de preservare socială antivenerică.

Dacă această lege, la fel de altfel ca toate cele care au precedat-o, n'a putut realiza nici pe departe speranţele ce se pusese întrânsa, aceasta nu se datoreşte atâta imperfecţiunilor şi lacunelor pe care ea le-ar prezenta, *cât mai ales aplicării sale incomplecte sau defectuoase.*

In expunerea de faţă nu intenţionăm câtuşi de puţin să îmbrăţişăm întregul program de luptă în contra boalelor venerice. Timpul nu ne-ar permite aceasta şi de altfel un atare program se găseşte destul de bine schiţat, în liniile sale esenţiale, în chiar dispoziţiunile actuale legi sanitare. Ceea ce socotim mai util să facem astăzi este de a semnala atenţiunii d-voastre, care ar fi, după părerea noastră, principalele dispoziţiuni ale legii în vigoare a căror eludare, sau incomplectă aplicare, s'au arătat mai dăunătoare pentru sănătatea publică.

Deosebit de aceasta, ne vom permite încă să facem oarecare sugestiuni cu privire la anumite mijloace de luptă antivenerică, pe care o experienţă deja îndelungată, ni le-a arătat ca fiind mai potrivite realităţilor vieţii şi mentalităţii oamenilor dela noi.

a) *Deficienţa serviciului de depistaj.* Primul punct de care ne vom ocupa aci este acela privind *descoperirea cazurilor*, care constitue, ca să zicem astfel, piatra unghiulară a profilaxiei antivenerice.

Majoritatea indivizilor atinşi de boale venerice având tendinţa a-şi tăinui boala lor, descoperirea bolnavilor constitue una din dificultăţile cele mai serioase pe care lupta antivenerică le poate întâlni în calea sa, iar ducerea la bun sfârşit a acestei opere necesită existenţa unui serviciu special de supraveghere şi urmărire a lor.

Organizarea în condiţiuni cât mai perfecte a acestui serviciu trebue prin urmare să constitue una din preocupările de căpetenie ale autorităţii sanitare, deoarece de buna sa funcţionare depinde descoperirea timpurie a cazurilor şi deci repeziciunea stingerii focarelor de infecţiune.

Or, cum stăm în această privinţă? După cum se ştie, misiunea depistării şi supraveghierii ulterioare a bolnavilor şi în special a prostituatelor în ce priveşte asiduitatea lor la tratament, este încredinţată astăzi unor persoane numite de autoritatea poliţienească, constituind aşa zisa «poliţie de moravuri» şi pusă la dispoziţia serviciului sanitar municipal. Din nefericire, această poliţie de moravuri, care în spiritul legiuitorului ar fi trebuit să constitue auxiliarul cel mai preţios al operei de profilaxie antivenerică, este departe de a fi la înălţimea misiunii sale, ea fiind recrutată din persoane lipsite de orice pregătire specială şi de multe ori de o moralitate dubioasă. In această stare de lucruri putem zice că controlul poliţienesc al prostituţiei este astăzi cu totul lipsit de eficacitatea dorită. Este aci unul din punctele slabe ale armaturii noastre antiveneriene, pe care ţinem cu tot dinadinsul să-l denunţăm, pentru a se lua grabnice măsuri de îndreptare.

Am preconiza în primul rând ca acest serviciu să fie pus sub dependenţa exclusivă a autorităţii sanitare, ea fiind singura în măsură să aprecieze activitatea şi randamentul fiecăruia dintre aceşti agenţi şi să ia la nevoe, în mai bună cunoştinţă de cauză, măsuri în contra celor ce se abat în mod sistematic de la datorie.

Al doilea deziderat pe care ne-am permite a-l exprima ar fi ca personalul acestui serviciu să fie recrutat de preferinţă din agenţi sanitari selecţionaţi sau, şi mai bine, întrucât este vorba aci de o operă care implică înainte de toate un spirit de misionarism, să se facă aci un cât mai larg apel la «surorile de ocrotire» a căror utilizare pe acest teren a dat rezultate atât de mulţumitoare în alte ţări. Un lucru care se mai impune este ca personalul întrebuinţat în scopul arătat să fie retribuit în mod mai satisfăcător ca până acum, pentru a-l lega de postul său şi a-l pune la adăpost de tentaţiunile de corupţiune.

Aceasta ar fi, în scurte cuvinte, după părerea noastră, mijloacele capabile de a asigura purificarea şi ridicarea acestui serviciu de depistare, organ atât de esenţial, o repetăm, al luptei antivenerice.

b) *Insuficienţa centrelor de izolare şi tratament a venericelor.* Se ştie că unul din mijloacele cele mai eficace pentru a împiedeca răspândirea boalelor venerice îl constitue suprimarea cât mai repede a izvoarelor de infecţiune prin tratamentul sistematic al bolnavilor, realizându-se astfel ceeace se numeşte «profilaxia socială prin tratament».

In materie de sifilis, idealul ar fi de sigur ca primul tratament, adică acela care îşi propune să închidă leziunile, să fie administrat într'o instituţie spitalicească, izolând aceşti bolnavi şi sustrăgându-i astfel din circulaţie până în momentul ce boala lor îşi pierde caracterul său contagios.

Trebue să recunoaştem însă că în starea actuală a lucrurilor, realizarea acestui deziderat constitue o imposibilitate, dat fiind numărul excesiv de mare al bolnavilor de internat.

Importanţa principiului enunţat n'a putut desigur scăpa făuritorilor legii sanitare actuale, dar cari, în neputinţa a-l aduce în mod integral la îndeplinire, s'au mulţumit să prevadă, cel puţin pentru sifilis, internarea obligatorie până la dispariţia leziunilor deschise, a unor anumite categorii de bolnavi. In aceste categorii, pe lângă prostituate, mai intră toate acele persoane care, a priori, nu inspiră destulă încredere că, lăsaţi în libertate, îşi vor urma regulat tratamentul şi vor feri pe cei din jurul lor, cât şi a tuturor acelor bolnavi cari, prin natura profesiunii pe care o exercită, riscă să propage mai uşor infecţiunea, pe cale genitală sau extragenitală.

Din nefericire, chiar sub forma restrânsă menţionată, aceste dispoziţiuni legale, atât de salutare pentru profilaxia publică, rămân astăzi, în imensa majoritate a cazurilor, *neaplicabile*, din cauza lipsei posibilităţilor de ospitalizre.

Ca să nu citâm decât un exemplu, în Capitala ţării, oraş de peste 800.000 de locuitori şi posedând o populaţie flotantă, venerizată într'o largă măsură şi trăind de cele mai multe ori în condiţiuni deplorabile de promiscuitate şi lipsă de higienă, singurul serviciu existent pentru îngrijirea boalelor venerice, acela dela Spitalul Colentina, nu este prvăzut decât cu un număr de 70 de paturi. O situaţiune asemănătoare există în secţia destinată internării prostituatelor, din acelaşi spital, unde numărul paturilor este de asemenea cu totul insuficient pentru a face faţă necesităţilor.

In aceste condiţiuni, zilnic, bolnavi atinşi de leziuni sifilitice ultracontagioase, cei mai mulţi inconştienţi sau nepăsători faţă de pericolul pe care-l prezintă pentru semenii lor, sunt lăsaţi liberi să împrăştie boala cu profuziune în jurul lor.

Este aci o situaţiuen din cele mai grave şi mai dăunătoare pentru profilaxia publică şi pe care, personal, *o facem în primul rând răspunzătoare de răspândirea actuală a boalelor venerice.*

Pentru remedierea acestei stări de lucruri, se impune, ca o necesitate de prim ordin, crearea în Capitală a unui

serviciu de venerici, cu o capacitate de cel puţin 300 paturi. Servicii speciale de venerici mai trebuesc de asemenea înfiinţare şi în principalele oraşe din provincie, capacitatea lor urmând a fi proporţionată numărului populaţiei şi procentului local al morbidităţii venerice.

Se impune de asemenea, pentru Capitală cel puţin, sporirea capacităţii de internare a secţiei de prostituate, ridicându-se numărul paturilor la cel puţin 500, cu posibilităţi de adăogiri, fără limită, în caz de nevoe, *idealul în această materie fiind ca nici o prostituată bolnavă să nu rămână pe din afară.*

Relativ la aecst din urmă punct, ţinem să relevăm aci o regretabilă dispoziţiune ce s'a putut strecura în *legea* actuală, anume aceea care îngădue prostituatelor dispunând de mijloace, să se îngrijească, în libertate, cu medici particulari. Considerăm acest privilegiu ca extrem de dăunător pentru sănătatea publică şi cerem grabnica sa abrogare. Experienţa ne arată, într'adevăr, că aceste femei lăsate libere, chiar presupunând că şi-ar urma regulat tratamentul, ele nu renunţă în nici un caz, între timp, la practicarea meseriei lor, având astfel posibilitatea să facă nenumărate victime înainte ca tratamentul să fie reuşit a le închide leziunile. Internarea prostituatelor bolnave *de orice categorie*, trebue deci să constitue o regulă absolută.

Dosebit de cele spuse, se mai cuvine ca serviciile unde se îngrijesc venericii să fie în permanenţă prevăzute din abondenţă, nu în mod sporadic şi cu parcimonie ca până acum, cu mijloacele de tratament cele mai active. Acest lucru este necesar atât pentru scurtarea duratei mijlocii a internării, remediindu-se astfel, în mod indirect, insuficienţa posibilităţilor de ospitalizare prin accelerarea ritmului circulaţii bolnavilor, cât şi în scopul de a putea obţine la dânşii o asanare cât mai reală, sau cel puţin cât mai consolidată a boalei lor, reducându-se astfel la minimum riscurile de recidive.

c) *Dispensarul antivenerie.* — Consecvent cu principiul enunţat mai sus, dispensarul antivenerie n'ar trebui să fie, în mod ideal, cel puţin în materie de sifilis, decât un organ de a doua etapă, un fel de continuator natural al operii de profilaxie prin tratament, întreprinsă în faza de leziuni deschise a infecţiunii, în spital. Menirea sa adevărată n'ar trebui să fie, cu alte cuvinte, decât aceea de a asigura tratamentul *ulterior*, cronic sau de fond, al boalei, tratament prevenitor de recidive şi vindecător cu timpul. In situaţiunea actuală însă, petru motivele arătate mai sus, dispensarul rămâne şi va rămâne din nefericire încă multă vreme, singurul mijloc la care putem recurge astăzi, în imensa majoritate a cazurilor, petru asigurarea tratamentului social al sifilisului şi stingerea focarelor de infecţiune.

Aşa fiind lucrurile, se cuvine ca aceste dispensarii să fie înmulţite cât de mult, în măsura reală a necesităţilor, atât în capitală, cât şi în toate oraşele şi centrele de oarecare importanţă a ţării, veghiindu-se în acelaş timp, cu toată solicitudinea, la perfecta lor înzestrare şi funcţionare. Timpul nu ne permite să insistăm aci asupra condiţiunilor optime de organizare a dispensarului antivenerie, chestiune de altfel bine cunoscută, şi asupra căreia am insistat pe larg în numeroase publicaţiuni anterioare.

Singurul punct asupra căruia dorim să atragem în special atenţiunea aci este acela al necesităţii ca aceste dispensarii să fie dotate, după importanţa lor, cu numărul necesar de agenţi de moravuri, sau, şi mai preferabil, de surori de ocrotire, pentru a se putea asigura o supraveghere şi o urmărire cât mai eficace a bolnavilor recalcitranţi şi aducerea lor la tratament. Din nefericire, până în prezent şi pentru motivele arătate mai sus, randamentul acestui serviciu de supraveghiere a fost din ele mai mediocre. Rezultatul este că astăzi, cu toată dispoziţiunea *obligativităţii tratamentului*, prevăzută de lege, fiecare venerie se tratează cam cât vrea şi când vrea. Mai adăogăm cu această ocazie că un control efectiv al asiduităţii bolnavilor la tratament neputându-se face decât pe bază de fişe individuale, este absolut indispensabil să se dea, la dispensarii, cea mai mare atenţiune organizării serviciului fişier şi ţinerii sale la zi, lucru prevăzut de regulamentele sanitare, dar care, trebue s'o spunem, n'a fost totdeauna observat în practică cu toată stricteţa necesară.

Totodată mai exprimăm deziderateul ca sistemul fişelor să nu fie rezervat numai protitutatelor, aşa cum prescrie actuala lege, ci extins la toţi sifiliticii care se tratează la dispensarii sau în spitale.

d) *Combaterea sifilisului la sate.* — Combaterea boalelor venerice şi în special a sifilisului la sate punând probleme cu totul diferite de acelea de la oraş, soluţionarea lor reclamă o tactică diferită, pe care ne vom permite a o schiţa aci, atât sub forma sa ideală, cât şi sub aceia pe cari împrejurările de moment ne-ar permite mai uşor să o realizăm.

Părerile noastre relativ la technica combaterii sifilisului în mediul rural am avut deja ocazia să le exprimăm în mai multe rânduri. Prima dată sub forma unui Raport prezentat la cel de-al 29-lea Congres al Asociaţiei medicilor, ţinut în Bucureşti în anul 1926 şi apoi, mai târziu, în 1935. într'un Memoriu înaintat Ministerului Sănătăţii.

In ambele aceste lucrări arătam că echivalentul dispensarului antivenerie dela oraş trebuie căutat, la sate, într'un sistem de *echipe volante* motorizate, adevărate «dispensarii călătoare», prevăzute cu toate mijloacele necesare de tratament şi de propagandă antivenerică. Acesta este într'adevăr singurul mijloc capabil să asigure o asistenţă antivenerică eficace unor bolnavi presăraţi în localităţi depărtate de centre şi în acelaş timp distanţate unele de altele. Adăogăm că faţă de marea întindere pe care a luat-o sifilisul astăzi, în mediul rural, ar fi de dorit ca asemenea echipe să împânzească cât mai mult întinderea ţării.

Conform unui program ideal de lucru, pe care l'am expus în unul din memoriile amintite, activitatea acestor echipe o concepusem, în mod schematic, după cum urmează. Fiecare echipă, posedând mijloace repezi de locomoţiune, s'ar putea uşor aranja ca să viziteze cel puţin 2 comune pe zi, populaţia fiind, bine înţeles, vestită şi convocată din timp. In felul acesta, echipa în chestiune ar putea asigura în curs de 6 zile vizitarea a 12 comune, care în ansamblul lor ar reprezenta primul nucleu sau unitate, asupra căreia echipa îşi va concentra în primul rând activitatea sa. Duminicile vor trebui rezervate pentru conferinţe şi propagandă antivenerică (de preferinţă prin filme).

Ca personal, echipa ar trebui să fie constituită dintr'un medic specializat, dintr'un student în medicină mai avansat şi un agent sanitar. Medicul se va ocupa cu examenul în masă al populaţiei în vederea descoperirei cazurilor, iar personalul ajutător, cu aplicarea tratamentului la persoanele găsite bolnave. Pentru a se asigura continuitatea tratamentului început, echipa va trebui să revină, odată pe săptămână şi la zile fixe (injecţiile urmând să fie săptămânale), în fiecae din cele 12 comune întreprinse şi aceasta timp de 6-8 săptămâni, atâta cât durează aproximativ prima serie de tratament a sifiliticilor din acest prim sector. Utilizându-se apoi intervalul de 6-8 săptămâni, corespunzător pauzei ce în mod normal trebue acordată bolnavilor astfel trataţi, aceiaş echipă va întreprinde, în condiţiuni identice celor arătate, anchetarea şi tratamentul bolnavilor descoperiţi într'un al doilea sector de 12 comune.

In felul acesta, prin simplul joc de alternanţă arătat, o echipă ar putea întreprinde şi asigura, în mod regulat, tratamentul sistematic, de fond, al si-

In stări de extenuare, slăbiciune şi inapetenţă, precum şi în convalescenţă

TONICUM »Bayer«

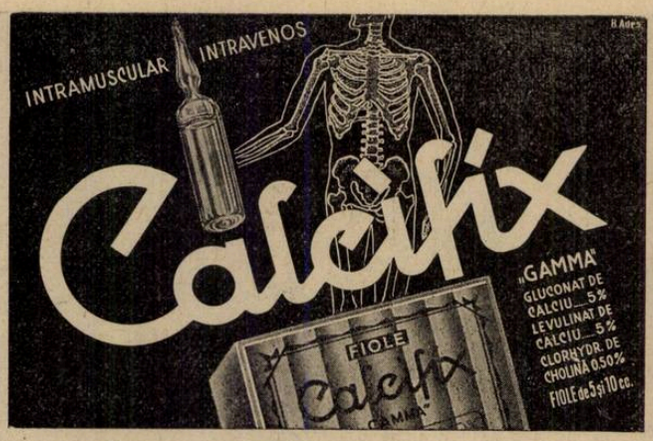
Ameliorează tabloul sanguin, tonifică sistemul nervos, măreşte forţa vitală şi sporeşte pofta de mâncare.

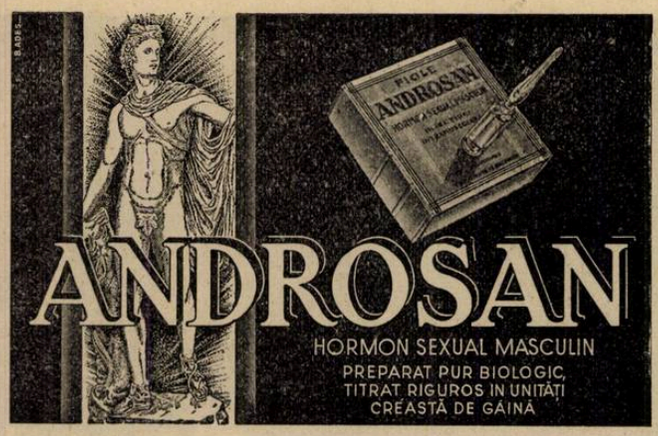
Tonicul »Bayer« este luat cu plăcere de adulţi şi copii.

Flacon cu cca. 180 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti, Str. Brezoianu Nr. 53





Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

filisului, într'un grup de 24 de comune. Acesta fiind maximul de randament ce s'ar putea aştepta dela o echipă, ar urma bineînţeles, ca alte echipe să lucreze, la fel şi simultan cu dânsa, în alte sectoare.

Metoda de lucru enunţată, dacă ar putea fi extinsă în toată întinderea ţării, ar reprezenta desigur sistemul ideal de atac al sifilisului în mediul rural şi singurul dela care am putea aştepta o asanare reală o populaţiunii. Din nefericire, un asemenea plan de acţiune n'ar putea avea, în situaţiunea de astăzi, decât semnificarea unui deziderat teoretic, întrucât realizarea sa practică, cel puţin sub forma integrală indicată, ar întâmpina greutăţi de neînvins, dat fiind numărul excesiv de mare de echipe pe care l'ar reclama.

In împrejurările actuale, n'am putea face altfel decât să ne mulţumim cu un program mai modest, anume, restrângând întrebuinţarea echipelor volante numai la regiunile mai bântuite, destul de numeroase şi ele de altfel. In scopul de a nu se reduce prea mult numărul acestor echipe, li s'ar putea imprima, la rigoare, o structură mai redusă ca personal, şi un plan de activitate mai simplificat, rolul lor mărginidu-se, de ex., numai la descoperirea cazurilor, tratamentul pe teren al bolnavilor urmând să fie asigurat de alte organe sanitare. Care ar putea fi aceste organe? Insărcinarea executării tratamentelor ar putea fi încredinţată, ori de câte-ori este cu putinţă, medicului de circumscripţie, care deşi împovărat cu multiple alte obligaţiuni, credem totuşi că nu se va da îndărât dela nici un sacrificiu pentru îndeplinirea acestei mari şi presante obligaţiuni sanitare.

Dată fiind întinderea pe care a luat-o azi sifilisul la sate şi necesitatea de a se lua urgente măsuri de combatere, am mai sugera să se încredinţeze, acolo unde nu s'ar putea face altfel, şi aceasta cu titlu de experienţă, aplicarea tratamentului sifilisului la sate, unor organe sanitare auxiliare, recrutate de ex. printre agenţii sanitari mai bine dotaţi.

Această misiune nu li se va încredinţa bine înţeles decât după ce ei vor fi fost în prealabil instruiţi, în anumite centre, unde ar putea fi repede puşi în curent cu principiile generale de tratament a sifilisului şi cu technica injecţiunilor intramusculare (singurele care li s'ar putea încredinţa), urmând apoi ca pe teren ei să nu facă altceva de cât să execute cu stricteţă programul de tratament stabilit şi consemnat în fişa respectivă a fiecărui bolnav, de medicul echipier.

Este vorba aci, o recunoaştem, de o măsură cu caracter întru câtva revoluţionar, care isbeşte poate ideile noastre relativ la principiile şi prerogativele practicei medicale, dar care credem că, în împrejurările de faţă, ar merita să fie experimentată.

Acestea ar fi câteva din punctele de mai importante ale programului nostru de luptă antivenerică, asupra cărora am crezut necesar să atragem astăzi atenţiunea. Recunoaştem că organizarea sistematică şi pe plan social a acestei lupte, reclamă mari sacrificii băneşti din partea Statului. Un lucru care nu trebue să se uite însă este că toate cheltuielile făcute în această materie sunt cheltuieli fecunde şi adânc răsplătitoare, în sensul că ele ne ajută să prevenim toate acele consecinţe grave şi adesea ireparabile, atât pentru individ cât şi pentru viitorul rasei, pe care unele din aceste boale le atrag după ele.

Fenomene de sensibilitate şi de sensibilizare la sulfamide

Intoleranţa şi allergia sulfamidică

Dr. A. PĂUNESCU-PODEANU, Dr. AL. APOSTOL, Dr. M. BĂLAŞOIU

Ca şi pentru alte medicamente, toleranţa la sulfamide este variabilă dela individ la individ. Au fost descrise manifestări patologice apărute după doze foarte mici de sulfamide, doze mult sub pragul toxic curent, manifestări ce nu pot fi interpretate decât ca fiind condiţionate de o particulară susceptibilitate individuală faţă de această medicaţiune.

Monte Salvin a relatat cazul unui bolnav, care a manifestat dela începutul unui tratament pe cale bucală cu sulfamidochrisoidină, o stare de şoc cu lăcrămare, mâncărimi, urticaria etc. (Journ. Am. med. Ass. 25/IX/1937). Un caz analog a mai publicat şi Decoux (Journ. Belge d'Urol. 6/XII/1937). Intradermoreacţia cu sulfamidă a fost pozitivă după o oră şi a durat 24 ore.

Au mai fost publicate cazuri de eriteme morbiliforme, scarlatiniforme, purpurice, în general pruriginoase, localizate mai ales la rădăcina membrelor şi însoţite de temperatură şi astenie, apărând la scurt interval dela instituirea tratamentului sulfamidic, înainte de a se ajunge la dozele toxice, fenomene puse de autori pe seama unei hipersensibilităţi specifice. Sezary cu Friedman (Soc. med. hop. Paris. 24/IV/1936) au observat producându-se după administrarea de sulfamidochrisoidină crize nitritoide, întocmai ca după neosalvarsan. Crizele s'au repetat apoi după fiecare nouă ingerare de medicament, chiar când dozele erau extrem de mici. Infine, fenomene de intoleranţă la sulfamide au mai fost relatate de Pivoli (Il Policlinico — sez. prat. — No. 30/1939)iar faptul că există indivizi cu sensibilitate particulară la această terapie a mai fost remarcat de mulţi autori (printre cari Kohn, Goodman şi Levy — Journ. Am. med. Ass. 25/IX/1937).

Unul din noi a avut ocazia să observe un caz de intoleranţă la sulfamide; el este important de relevat şi pentru că demonstrează atitudinea ce trebue adoptată în asemenea cazuri.

Un copil de 6 ani face o amigdalită. I se injectează intramuscular ½ fiolă de Prontosil. Cam la 30-45 minute dela injecţie copilul face o criză ce constă în colorarea roşie-vişinie a tegumentelor, dispnee vie mergând până la sufocaţie (lăsând impresia unui obstacol glotic), puls extrem de rapid, slab. In plus frisoane, temperatură. Aspect destul de dramatic. O injecţie de o ½ mgr. adrenalină disolvă ca prin farmec această stare; după câteva minute copilul îşi reia înfăţişarea dinnainte şi totul e normal.

* * *

Există în afară de această sensibilitate spontană, stări de sensibilitate determinate de o prealabilă administrare medicamentoasă. Există în mod netăgăduit o allergie sulfamidică. Ea e dovedită şi experimental şi clinic. Şi această stare de allergie, de sensibilizare, condiţionează unele din reacţiunile neplăcte ale sulfamidoterapiei.

Experimental, Landsteiner cu Van d. Sheer, apoi Nitti cu Bovet şi Depierre (Rev. d'Immunol. 18/VII/1937) au demonstrat net posibilitatea sensibilizării la amine aromatice şi uşurinţa acestei sensibilizări. Tot Nitti a dovedit prin experimentare, posibilitatea sensibilizării la sulfamidochrisoidină prin administrări repetate, a cobaiului (Rev. d'Immunol. 5/IX/1936). Allergia sulfamidică este subordonată desigur tot funcţiei aminice a acestor preparate; experimental ea pare specifică derivaţiilor azoici, neputând fi provocată prin sulfanilamidă (fapt ce nu-şi găseşte confirmarea în clinică, unde s'au văzut şi cazuri de sensibilizare prin sulfamidele simple, neazoice).

In domeniul clinicei s'au publicat de asemenea o serie de fapte care demon-

strează realitatea fenomenului de alergie sulfamidică. Sezary cu Horowitz (Soc. med. hop. Paris Mai 1936). au relatat cazul unui lucrător din laboratoarele de preparaţiune ale sulfamidochrisoidinei, care după un timp de activitate în aceste laboratoare, făcea eczema oridecăteori venea în contact cu medicamentul respectiv. Fenomenele morbide puteau fi reproduse după voe, fie prin ingestie, fie prin aplicare direct pe piele.

Intr'un caz al lui Rogers (Journ Am. med. Ass. 17/XII/1938) au apărut după paraaminofenilsulfamidă, erupţii cutanate pruriginoase, edematoase. Bolnavul suferise anterior o intervenţie chirurgicală, pentru care fusese anesteziat local cu «procaină hidroclorică», care ca şi sulfamida conţine funcţia aminobenzen şi probabil aceasta a constituit reactogenul.

Intr'alt caz (Cline-Journ. Am. med. Ass. 24/XII/1938), un student luând sulfamidă, la 2 săptămâni după încetarea altei cure de 45 gr., face numai decât o stare gravă cu turburări digestive, icter, agitaţie, delir şi moare. La necropsie prezenta edem cerebral, congestia meningelor, atrofia galbenă acută a ficatului cu importantă dislocaţie celulară şi degenerescenţă grăsoasă.

Mai dubios şi interpretabil (din cauza dozelor masive folosite) e cazul lui Mergelsberg şi Grumer (Dermat. Wschr. No. 28/1938). E vorba de un individ care ia 30 tablete de Uliron în 5 zile apoi după o pauză de 8 zile alte 25 tablete în 4 zile şi care moare la 3 zile dela terminarea tratamentului, cu dureri lombare, hematurii, diverse hemoragii capilare, anemie pronunţată cu neutropenie. Necropsia arată o necroză foliculară a organelor hematopoetice cu hemoragii punctiforme diseminate în toate organeleşi tromboze vasculare.

O bolnavă a lui Rathery, Duperrat, Maschas (Bull. Soc. med. hop. Paris 1939, p. 543) face — în repriza unui tratament sulfamidic şi în cadrul unor fenomene clinice cu aspect peritoneal — un infarct tubar, pe care autorii îl pun în cadrul apoplexiilor viscerale prin şoc de intoleranţă (asupra cărora s'a insistat mult în ultima vreme).

Un bolnav al lui Gallagher (cit. după Rackeman-Boston Arch. int. med. Ian. 1940), tratat odinioară cu sulfanilamidă pentru amigdalită, este supus unui tratament analog peste 2 ani. Puţin timp după reluarea tratamentului e cuprins de febră, cefalee, iar a 3-a zi face o erupţie scarlatiniformă.

Infine Tzank a observat chiar un caz de agranulocitoză, survenită la reluarea unui tratament sulfamidic cu doze minime. Bolnavul era de altminteri un poliintolerant (astmatic, cu edem Quincke în puseuri, cu manifestări de iodism); el a arătat o susceptibilitate foarte marcată chiar faţă de nucleo-pentosidele destinate să-i trateze agranulocitoza, faţă de care a reacţionat prin şoc (Bull. Soc. med. hop. Paris. 1939, p. 547).

Inmulţirea faptelor de acest fel cunoscute, vine nu numai să întărească noţiunea de allergie sulfamidică, dar vine să mai demonstreze şi alte lucruri. Anume că sensibilizarea poate privi organe sau aparate diverse (acelaş reactogen poate sensibiliza aparate deosebite, dela individ la individ) iar fenomenele morbide datorite sensibilizării sulfamidice pot lua astfel înfăţişări multiple, variate, după diferitele organe sau aparate pe care le afectează.

Şi noi am observat în clinica terapeutică (Prof. Dumitrescu-Mante) un caz de allergie la sulfamide, de o formă deosebită.

E vorba de un bolnav de 26 de ani, care s'a internat pentru un sindrom icteric: coloraţia galbenă a tegumentelor, scaune decolorate, urini de culoare închisă, prurit, constipaţie, anorexie.

Bolnavul a avut cu 2 luni înainte o uretrită gonococică, pentru care a luat 10 gr. Dagenan în 4 zile. Intrerupe tratamenul, fără a fi obţinut vindecare deplină şi îl reia după intervalul arătat. După prima zi de Dagenan, la reluare, prezintă subicter conjunctival şi tegumentar. Continuă totuş să ia tabletele. A treia zi de tratament icterul a devenit franc. Un medic pune diagnosticul de icter toxic şi recomandă internarea.

Clinic toate semnele de icter. Ficatul în limite normale, insensibil la palpat. Splina deasemenea.

Ne isbeşte faptul că icterul a apărut în repriza unui tratament sulfamidic, la primele doze, în primele momente, înainte de a se ajunge la dozele toxice şi ne gândim la posibilitatea unui icter prin sensibilizare a ficatului. Cercetările ce facem mai departe confirmă această ipoteză.

A doua zi după internare, proba galactozuriei — după tehnica modificată de Fiessinger, Thiebaud, Dierryck — arată un apreciabil deficit funcţional al celulei hepatice: în primele 4 ore ce urmează administrării de galactoză, eliminarea e de 7,03 gr. (normal sub 1,5), cu o concentraţie de 26‰ (normal sub 6‰). Iar în hemogramă: leucopenie de 4.800, cu neutropenie de 58% şi eosinofilie de 5,5% (în rest basofile 1%, limfocite 29%, monocite 6,5%).

După 9 zile de tratament (regim lactat, prafuri Bourget, Vichy artificial, insulină şi ser glucozat hipertonic în injecţii), în care timp icterul a dispărut clinic, refacem cercetările de mai sus pentru control. Proba Bauer-Fiessinger e ameliorată: în urina primelor 4 ore, galactozuria e de 5,20 gr. cu concentraţie de 21,60‰. Leucocitele au crescut la 5.800 pe mmc., neutrofilele au crescut deasemenea la 63%, iar eosinofilele au scăzut la 3,5%.

Pentru a verifica reacţiunile organismului, administrăm în aceiaş zi cu examenele de mai sus, 2 tablete de Dagenan, la 4 ore interval una de alta şi repetăm a doua zi examenele de laborator. Galactozuria a crescut din nou (debit de 6,82 gr.; concentraţie 23‰). Leucocitele scăzute la 5.200, neutrofilele la 59%, iar eosinofilele crescute din nou la 6%. Aşadar, reaccentuare a deficitului hepatic, pe deoparte, a leuconeutropeniei şi a eosinofiliei pe dealtă parte, după o administrare numai de 2 tablete de Dagenan.

* * *

Proba substratului toxi-allergic a icterului bolnavului nostru ne apare astfel concludentă. E vorba de o hepatită sulfamidică allergică.

Preparatele sulfamidice pot crea, aşadar, la unii indivizi — din fericire relativ rar — o stare de allergie, sensibilizând organismul faţă de o nouă administrare medicamentoasă. Reluarea tratamentului poate determina în acest caz, apariţia unei serii întregi de fenomene morbide variate. Sensibilizarea poate privi diverse organe sau aparate ale economiei şi astfel fenomenele allergice corespunzătoare pot lua nenumărate înfăţişări clinice şi anatomo-patologice.

Noţiunea de allergie sulfamidică nu este prea cunoscută în lumea medicilor. Deşi — cum am văzut mai sus — se sprijină pe fapte indiscutabile, ea nu a pătruns încă între noţiunile curente ale medicinei.

Nu am găsit-o menţionată în cartea asupra sulfamidelor a lui Domagk şi Hegler (Chemotherapie bakterieller Infektionen; Verlag Hirzel-Leipzig 1940) care însumează toate datele esenţiale asupra sulfamidoterapiei şi de abia se pomeneşte despre ea în volumul despre Allergie al lui Berger, Hansen (Thiene — Leipzig, 1940).

Posibilitatea sensibilizării trebue avută în vedere când e vorba de reluarea unui tratament cu preparate din seria sulfamidică, tatonându-se susceptibilitatea bolnavului şi luându-se în consideraţie orice fenomen reacţional particular, curios, puţin obicinuit. Ignorarea sau nerespectarea acestei reguli poate duce, după cum am văzut, la consecinţe serioase.

KIST HIDATIC DE COASTA

de Dr. EMINESCU IROFTE
Chirurg Primar
Spitalul Beldiman-Bârlad

Kistul hidatic de coastă este rar, de oarece embrionul hexacant, odată pătruns în torentul circulator la nivelul mucoasei intestinale, are de traversat multe alte organe bine vascularizate (ficat, pulmon, etc.) până să ajungă la sistemul osos si de cele mai multe ori se fixează şi desvoltă în acele organe.

Şi chiar de ajunge să se fixeze în ţesutul osos, aceasta se întâmplă de obiceiu în zona juxta-epifizară a oaselor lungi (exemplu extremitatea superioară a tibiei) sau la oase scurte sau late cari sunt foarte vascularizate (exemplu vertebrele şi oasele craniului).

La coastă kistul hidatic se întâlneşte rar. In literatura medicală se cunosc în total 15 cazuri *(ch. Lenormant)*.

O caracteristică a acestor kiste, este faptul că totdeauna ele sunt multiloculare. Iată cum explică *Gangolphe* acest fapt:

Membrana internă germinală proliferează în sistemul osos după o evoluţie cu totul deosebită.

In loc ca vesicolele fiice să se desvolte înăuntru acestei membrane fertile, ca în chistele hidatice ale celorlalte organe, ele se desvoltă în afara ei în chistele sistemului osos. Proliferarea este exogenă şi nu endogenă ca la toate celelalte ţesuturi. De aici rezultă multiplicitatea lojelor în chistele hidatice pe os.

O altă caracteristică a acestor chiste de coastă este aceia că până în prezent nu s'a făcut diagnosticul exact înaintea interveţiei operatorii (Costantini, Bressot).

Toţi aceşti autori susţin că prognosticul este rezervat, recidivele fiind foarte frecvente.

Considerentele de mai sus m'au făcut să dau publicităţii cazul de faţă, care pe lângă raritatea sa este interesant din punct de vedere al evoluţiei, căci, ne fiind diagnosticat a fost supus la nenumărate şi lungi tratamente.

Iată acest caz:

Doamna Ecaterina P. în vârstă de 38 ani vine să mă consulte în luna Iulie 1939, pentru o tumoră chistică, de mărimea unei grape-fruit, aşezată la trei laturi de deget sub mamela stângă.

Chestionând-o asupra antecedentelor, nu găsesc de semnalat decât faptul că a suferit de o pleurită la baza stângă în anul 1923.

Maladia actuală a început după doi ani, când pacienta simte dureri localizate cam într'un singur punct şi anume la nivelul mijlocului coastei a VII-a, stângă, unde apare după câtva timp o tumefacţie de mărimea unei alune, dureroasă la presiune.

Consultând diverşi medici, aceştia i-au pus diagnosticul de tuberculoză osoasă, probabil ţinând seamă de Pleurita de care suferise pacienta cu doi ani în urmă. A fost tratată ca atare.

Timp de 12 ani a făcut plajă în fiecare vară, iar în sezonul rece raze ultra-violete, luând mereu calciu în diferite forme. Totuşi tumefacţia a crescut mereu, la început mai încet iar în ultimul timp mai simţitor.

Ajungând volumul unei mandarine a fost puncţionată şi injectată cu soluţia Calot. Pacienta afirmă că s'a extras un lichid subţire de culoare cafenie, dar nu poate preciza dacă aceasta s'a întâmplat la început sau după prima introducere de Calot. După puncţie formaţiunea a scăzut simţitor, ca după un interval de timp destul de scurt să înceapă iarăşi să crească.

Văzând că nu cedează, medicul curant a îndrumat-o către mine cu diagnosticul de T. B. C. costal cu abces rece.

La examenul ce i l-am făcut, am constatat o formaţie chistică de mărimea unei grape-fruit, situată la trei laturi de deget sub mamela stângă pe linia axilară anterioară, de consistenţă moale elastică, cu tegumentul de aspect şi culoare normală. La nivelul implântării pe torace, coasta a VII-a, se simţea mult îngroşată pe o distanţă de circa 8 cm. şi era dureroasă la presiune.

Radiografia arăta deasemenea o îngroşare apreciabilă a coastei, cu ţesut osos dens şi neregulat distrbiuit în jurul unei cavităţi situate cam la mijlocul coastei, cu contur circular, de mărimea aproximativ a unui bob de mazăre.

Pacienta refuzând o nouă puncţie şi cerând insistent intervenţia operatorie radicală, am renunţat la alte examene.

In ziua de 14 Iulie 1939, sub anestezie locală s'a procedat la ablaţia tumorei cu rezecţia porţiunei de coastă afectată.

Intervenţia a decurs cu uşurinţă până în momentul decolării fragmentului de coastă pe faţa posterioară, când am avut o surpriză care ne-a pus pe calea adevăratului diagnostic.

In adevăr, depe faţa posterioară a coastei pornea o altă formaţiune chistică, ceva mai mică decât cea anterioară, situată fiind cu direcţia în jos şi înainte între peretele costal şi pleura parietală.

Disecţia ei s'a făcut cu oare care greutate, ferindu-ne tot timpul de a nu deschide pleura şi pericardul, care au rămas indemne.

Hemostaza s'a complectat cu o meşă lungă, care a fost scoasă după 48 ore.

Rezultate obţinute cu Dolantin ca analgezic şi antispasmodic

Dr. OLĂNESCU Gh. şi Dr. JUVARA I

Cu Dolantin, casa „Bayer" introduce în terapeutică un produs sintetic dotat cu proprietăţi analgezice şi spasmolitice asemănătoare atropiei, papaverinei şi derivatelor morfinei, lipsit însă complect de fenomenele secundare şi de toxicitate a acestora din urmă.

Derivat din grupul alcaloizilor sintetici având ca bază de plecare o formulă asemănătoare atropinei, îşi suprapune acţiunea întru totul ei, apropiindu-se totuşi prin efectul lui analgezic de grupul morfinei şi a derivatelor ei.

Datele farmacologice studiate în ansamblul lor de Fromherz au arătat, că pentru prima dată la un preparat sintetic din grupa esterilor alcolilor bazici, dotat de efect spasmolitic complex, s'a reuşit să se asocieze şi acţiunea analgetică. Ele au stabilit, pe de o parte că acţiunea sa analgezică este de ordin central — de unde rezultatele atât de satisfăcătoare obţinute cu acest preparat asupra reflexului tusei — iar pe de altă parte că acţiunea sa spasmolitică este îndreptată atât asupra nervului vag cât şi asupra musculaturii netede.

Preparatul este lipsit de toxicitate şi bine suportat de organism, fapt stabilit atât prin datele farmacologice cât şi prin cercetările clinice. Intr'adevăr datele noastre clinice bazate pe aproximativ 40 de cazuri, ne îndreptăţesc să subscriem întru totul datelor farmacologice stabilite pe cale experimentală.

Preparatul a fost întrebuinţat de noi ca spasmolitic şi analgezic în colicele nefritice, hepatice, intestinale precum şi în explorarea instrumentală a căilor urinare, iar ca analgezic înainte şi după operaţii în fracturi şi în traumatisme.

In colicile renale şi hepatice injecta rea lentă i. v. a 2 cm. 100 miligrame Dolantin aduce la câteva minute după terminarea injecţiei suprimarea complectă a durerii, uneori producându-se o diminuare a ei chiar în timpul injectării. Efectul se menţine aproximativ 3—5 ore, aşa că deseori nu mai este nevoe de a repeta injecţia. In unele cazuri, în care durerile nu erau prea violente, am injectat preparatul intramuscular, obţinând suprimarea durerilor aproximativ 15—25 minute după injecţie, efectul durând ceva mai mult ca după injecţia intravenoasă. Pentru

Clinica Urologică şi Chirurgicală Spit. Colţea
Dir. Prof. Dr, N. Hortolomei

a obţine un efect de lungă durată — în colicele cu repetiţie — asociem deseori la 4—5 ore după prima injecţie intravenoasă 2 cm. c. Dolatin intramuscular, obţinând astfel o perioadă de acţiune prelungită până la 12—14 ore. Fără niciun inconvenient am putut repeta injecţiile intramusculare sau intravenoase de 4—5 ori în 24 ore, în cazurile rebele, fără să fi observat niciun fenomen de intoleranţă.

Rezultate satisfăcătoare am obţinut cu Dolantin i. v. în spasmele care făceau imposibilă cateterizarea ei. După 15 minute uneori chiar imediat dela injecţia intravenoasă a 2 cmc. Dolantin sau 25 de minute dela injecţia intramusculară, spasmul cedează complect, cateterizarea canalului devenind posibilă. In timpul pielografiilor ascendente dureroase, care fac imposibilă explorarea pielo-uretc rală cu injecţa i. v. a 2 cmc. Dolantin sau 25 de minute dela injecţia intramusculară, spasmul cedează complect, cateteterizarea canalului devenind posibilă. In timpul pielografiilor ascendente dureroase, care fac imposibilă explorarea pielo-uretrală cu injecţia i. v. a 2 cmc. Dolantin, proba devenea posibilă. Ameliorări am obţinut în cistitele rebele prin injectarea preparatului intramuscular la fiecare 6 ore.

Intrebuinţat ca analgezic în durerile post-operatorii, fracturi, traumatisme, s'a observat o diminuare a durerilor, uneori dispariţia lor completă pe un interval de 5—6 ore dela injectarea preparatului. Din observaţiile noastre constatăm, că preparatul pare să aibă o acţiune favorabilă asupra parezei intestinale post-rachi-anestezice, pe care o întâlnim mai rare ori după injectarea Dolantin-ului. Intervenţii mici am putut executa servindu-ne drept singur analgezic de o injecţie intravenoasă de Dolantin. Intrebuinţat ca analgezic complimentar în anesteziile locale cu novocaină sau la sfârşitul efectului rachi-anestezici, preparatul s'a dovedit a fi de mare folos. Din cele 40 de cazuri studiate de noi, am observat în 15, în timpul sau imediat după injectarea preparatului i. v. uşoare ameţeli, toropoare, senzaţii de uscăciune în gât. Niciodată n'am semnalat modificări din partea pulsului şi a tensiunii arteriale. In general aceste fenomene secundare atât de şterse au fost observate numai după injecţii i. v. efectuate în mai puţin de un minut Niciodată n'au fot observate astfel de fenomene după injectarea lentă i. v. a preparatului şi mai ales atunci când el a fost injectat în diluţii de ser glucozat. Putem chiar afirma că diluarea preparatului în ser glucozat pare să-i mărească eficacitatea în colicele nefritice sau hepatice. Obişnuinţa organismului la Dolantin n'a fost observată chiar în cazurile în care am fost nevoiţi să repetăm injectarea preparatului de 3—4 ori în 24 ore timp de 15—20 de zile. Din experienţa datelor noastre clinice credem, că acst preparat sintetic dotat de proprietăţi spasmolitice şi analgezice evidente, cu rezultat remarcabil în colica renală sau hepatică, bine suportat de organism, este indicat să înlocuiască în largă măsură asociaţia de atropină-morfină.

REVISTA CARŢILOR

La maladie opératoire, Dr. S. Tzorvaru et Dem. Théodorescu, un volum de 330 pagini, Tipografia «Cultura», Bucureşti 1941.

Este ştiut că dintre toate capitolele specialităţilor chirurgicale, *technica* este aceia care a progresat cel mai mult şi cu drept cuvânt se poate spune că a ajuns, astăzi, la o perfecţie excepţională. Cu toate acestea, technica chirurgicală aplicată cât mai riguros posibil, este departe de a fi suficientă pentru a vindeca bolnavul iar evoluţia postoperatorie o demonstrează în deajuns. Există aşa dar o serie întreagă de *necunoscute* care întunecă mult pronosticul operator şi astfel se explică numeroasele cărţi publicate în străinătate asupra îngrijirilor postoperatorii: în Franţa, acele ale lui Lefebvre Salva Mercadé, Dupuy de Frenelle; în Germania, ale lui Kappis, Orator şi Staaten, Reichel, Melchior; în Italia, ale lui de Castro («Complicazioni postoperatorie»), Bufalini («Fisiopatologia dell' Operato») şi Bobbio («Prima e dopo l'operazione chirurgica»).

Dar nici aceste monografii, pe cât de interesante pe atât de practice, nu sunt suficiente pentru a ne pune la adăpost de survenirea vreunei complicaţiuni postoperatorii şi nici, mai ales, pentru a ne explica patogenia turburărilor postoperatorii, uneori atât de grave, dramatice şi cu un pronostic fatal.

Numeroasele cercetări făcute în ultimii ani au dovedit că în determinismul evoluţiei postoperatorii intervin o serie întreagă de *factori*. Se cunoaşte astăzi rolul care-l joacă în patogenia turburărilor postoperatorii, atât de variate ca manifestare şi intensitate, vremea, constituţia, grupurile sanguine, ereditatea, predispoziţiunile sexuale etc.

A cunoaşte *fiziopatologia* operatului şi dacă este posibil, a evita survenirea accidentelor postoperatorii, iată problema cea mai interesantă şi importantă care se pune chirurgului înainte de orice intervenţie.

Acesta este meritul monografiei pe care ni-o prezintă astăzi d-nii Ţovaru şi Theodorescu.

Intr'un stil foarte clar, într'o limbă franceză impecabilă, volumul este foarte bine editat şi prezintă la fiecare capitol o bibliografie pe care, fără discuţie, o găsim completă. Majoritatea cercetărilor consemnate în publicaţiuni izolate care, din păcate, sunt atât de numeroase, toate cercetările clinice şi de laborator făcute, observaţiuni interesante în legătură cu maladia operatorie, cercetările personale ale autorilor, toate sunt citate în această excelentă monografie care, desigur, este complectă răspunzând cunoştinţelor noastre actuale dar, care, după cum o spun şi autorii în prefaţa lor, nueste încă definitivă.

Intreaga problemă a maladiei operatorii este cu deamănuntul studiată în capitole speciale. *Factorii etiologici, biologia plăgii operatorii, turburările generale ale operatului, simptomatologia maladiei operatorii, diagnosticul* acestor turburări, toate sunt rând pe rând trecute în revistă, analizate şi comentate. Dar autorii au vroit — şi aceasta este foarte bine — ca lucrarea lor să aibă şi un caracter practic; de aceia insistă în special asupra *tratamentului.*

O asemenea lucrare nu poate fi analizată. Ea trebue cetită în întregime. Se vor învăţa multe lucruri din ea şi se va gândi, de asemeni, mult.

Preciziune în stil, claritate în expunere, unitate didactică, o punere complectă la punct; iată calităţile esenţiale ale acestei monografii.

Utilitatea unei asemenea lucrări nu trebue demonstrată iar prezentarea ei este atât de frumoasă încât cu drept cuvânt doreşti ca orice chirurg s'o aibă şi s'o consulte.

Conf. Dr. Th. Burghele.

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1,1 c.c = 10 ctgr, extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAȚIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice

Infecțiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.

Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

«FARMAOLT» S. A. — BUCUREȘTI B-dul BRĂTIANU 24, Tel. 4.98.08

EUPHORYL

DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, Av^ue DAUMESNIL. P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE

1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS

ANA PARIS

Kirudinase

(DRAGELE)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA

Salicylate
SURACTIVE
"ANA"

SALICILAT DE SODIU
în Combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr.
SALICILAT de SODIU
SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE

1/2 Linguriţă de cafea sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE

10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :

1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism — ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIe

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI — BUCUREŞTI, IV

Domnii medici găsesc la Dispoziţia d-lor, mostre gratuite la cerere.

CONFERINȚA MEDICILOR DIN MOLDOVA

Sâmbătă, 30 Mai, s'a ținut la Iași, în amfiteatrul Institutului surorilor de ocrotire, o conferință la care au participat toți medicii conducători de servicii și instituții sanitare din Moldova, precum și profesorii facultății de medicină din Iași și conducătorii epitropiei Sf. Spiridon.

Conferința a fost prezidată de d. ministru al sănătății *prof. dr. Tomescu*, asistat de *d. dr. I. Stoichiță*, secretarul general al ministerului.

Primul a luat cuvântul *d. dr. Pompiliu Nistor*, inspector general care în numele corpului medical din Moldova salută pe d. ministru al sănătății și asigură de tot concursul și de întregul devotament al medicilor și al corpului sanitar din Moldova, în opera de redresare a sănătății publice. D-sa arată situația sanitară deficitară din Moldova.

D. prof. dr. Tudoran asigură pe d. ministru al sănătății de tot concursul pe care îl va da epitropia Sf. Spiridon din Iași, acțiunei sanitare întreprinsă de minister, lucrând în cea mai strânsă colaborare cu serviciul sanitar.

D. prof. dr. Bălteanu, vorbind în numele facultății de medicină, arată solidaritatea corpului universitar cu acțiunile sanitare întreprinse de ministerul sănătății și insistă asupra contribuției însemnate pe care o vor da profesorii facultății de medicină în acțiunea dispensarelor mobile, a învățământului sanitar auxiliar și la organizarea stagiului de vară pentru studenții în medicină.

EXPUNEREA D-LUI PROF. DR. TOMESCU, MINISTRUL SĂNĂTĂȚEI

D. ministru al sănătății mulțumește reprezentanților facultății de medicină din Iași, conducătorilor epitropiei Așezămintelor Sf. Spiridon și tuturor medicilor prezenți pentru angajamentele luate, de a aduce în serviciul sănătății publlice competința lor recunoscută și munca lor devotată.

Ministerul sănătății pentru a reuși în misiunea sa «trebue să caute a aplica datele științei contemporane, adaptând metodele de lucru pe teren la împrejurările culturale și psihologice ale poporului nostru. In acest scop urmărim o colaborare cât mai strânsă cu profesorii facultăților de medicină, cari pot aduce un concurs prețios în redresarea sanitară a țării pe care trebue să o înfăptuim în cel mai scurt timp.

Această colaborare va începe în cursul verei, când profesorii cari au acceptat să patroneze stagiul studenților în diferite județe, vor fi în acelaș timp îndrumătorii și animatorii tuturor instituțiunilor sanitare ale statului din acele regiuni.

Ministerul sănătății va îndrepta și completa toate lipsurile constatate iar medicii vor primi cu recunoștință gândul de a asigura o bună funcționare a serviciului sanitar prin colaborări competente. Vom dota serviciile cu tot materialul sanitar de care au nevoie. In acest scop rugăm pe medicii oficiali, să ceară ministerului imediat medicamentele, aparatele Pentru ca munca medicilor să se poată desvolta în condițiuni morale și materiale mulțumitoare, ne-am ocupat de ameliorarea salariilor lor. Un început s'a făcut cu medicii de circ. rurale și sperăm să putem continua în acest sens.

In acest spirit de organizare temeinică și de unire, nu numai în jurul obligațiunilor noastre profesionale, dar și în acela al marelor noastre idealuri naționale, cred că profesiunea medicală își va îndeplini integral datoria sa către țară și către neamul românesc.

*

D. prof. *dr. Aburel* arată apoi situația serviciilor de maternitate din Moldova.

D. prof. *Bălteanu* face diferite propuneri privitoare la organizarea stagiului de vară al studenților în medicină, d. dr. *Alexa* face propuneri pentru introducerea unei statistici vitale mai corespunzătoare în cadrele serviciului sanitar al ministerului.

D. *dr. Andronovici* prezintă o dare de seamă asupra situației demografice și sanitare din municipiul Iași; d. dr. Bociarov face o expunere asupra situației sanitare din jud. Neamț, iar d. *dr. Teohari* prezintă raportul său asupra mersului sănătății în județul Iași. Mai iau cuvântul făcând diferite propuneri, d. *dr. Nistor*, inspector general sanitar, d-na *Costreș*, directoarea institutului surorilor de ocrotire, *dr. Pastia*, medic primar al jud. Bacău, etc.

CUVÂNTAREA D-LUI Dr. I. STOICHIȚA

D. *dr. I. Stoichița*, secretar general al ministerului sănătății, după ce face câteva observațiuni asupra rapoartelor prezentate, insistă pentru sistematizarea și o mai bună organizare a conferințelor trimestriale ca mijloc de stabilire a unei gândiri sanitare cât mai unitare în marile probleme de sănătate publică și ocrotire națională. D-sa schițează apoi programul de acțiune al ministerului sănătății, privind introducerea unui sistem real și util de medicină preventivă în mediul rural, prin organizarea de plăși sanitare model conduse de medici igieniști și printr'o educație igienică cât mai largă a populațiunei executată de medici, surori de ocrotire și învățătoarele care vor fi pregătite în acest scop prin cursuri speciale. D-sa dă îndrumări și instrucțiuni tehnice detailate privitor la organizarea consultațiilor de puericultură și a funcționării dispensarelor mobile, insistând în mod deosebit asupra combaterii malariei, a sifilisului și tuberculozei. Dă apoi indicații pentru construirea de: dispensare, băi populare și cuptoare de deparazitare, stăruind pentru stabilirea unei cooperări în acest domeniu cu organele administrative locale. Arată rolul ce revine consiliului de patronaj în opera de asistență socială și ocrotire națională și îndeamnă corpul medical pentru o cât mai strânsă colaborare cu organele acestui consiliu.

*

După terminarea conferinnței d ministru prof. dr. Tomescu însoțit de d. secretar general dr. I. Stoichița, au vizitat: Așezămintele Sf. Spiridon; Maternitatea; Institutul surorilor de ocrotire; Spitalul Caritatea și Spitalul Izolarea; Centrul de ocrotire al copiilor, laboratorul de bacteriologie și spitalul în construcție al asigurărilor sociale.

După masă s'au vizitat instituțiile sanitare din cuprinsul plășii sanitare model Tomești; dispensarul și baia din Tomești; dispensarul și stațiunea de malarie din Osoi și spitalul și stațiunea de deparazitare din Ungheni.

La primăria municipiului Iași s'a ținut o conferință cu d. primar al municipiului și cu d. prefect al jud. Iași, privitor la problemele sanitare care interesează aceste două autorități.

VIZITE ÎN ALTE ORAȘE

Duminecă, 1 Iunie, d. ministru prof. dr. Tomescu și d. secretar general dr. I. Stoichița, s'au deplasat la *Vaslui*, unde după ce au vizitat frumoasele realizări edilitare înfăptuite de d. general Râșcanu, primarul orașului, au inspectat spitalul «Drăghici», din localitate, baia din localul Crucea Roșie și dispensarul din com. *Munteni*.

In județul Fălciu s'a vizitat spitalul din *Huși*, spitalul din *Drânceni*, baia populară din *Arsura* și dispensarul și baia populară din *Pâhnești*, după ce anterior a avut loc o consfătuire cu d. prefect al județului și cu d. primar al orașului Huși, privitor la problemele sanitare locale.

In orașul *Bârlad* s'a vizitat spitalul «Beldiman„ serv. sanitar al orașului, serv. sanitar al județului și localul liceului de fete «Iorgu Radu», luându-se măsuri imediate pentru asigurarea asistenței medicale a populației.

CONFERINȚA MEDICILOR DIN REGIUNEA GALAȚI

Sâmbătă 24 Mai a. c., s'a ținut la Inspectoratul general sanitar Galați, o conferință a medicilor conducători de instituții și servicii sanitare din regunea Dunărei de Jos, prezidată de d. ministru al sănătății, prof. dr Tomescu.

Primul a luat cuvântul *d. dr. Troia*, inspector general sanitar, care, în numele corpului medical, salută pe d. ministru al sănătății și îl asigură de tot concursul și de întregul devotament al medicilor și al personalului sanitar auxiliar, în opera mare de redresare a sănătății publice.

D. dr. Lazăr, președintele Colegiului medicilor, arată solidaritatea Corpului medical și dorința de acțiune în folosul sănătății publice, declarând că medicii din regiunea Galați, vor participa cu tot entuziasmul la acțiunea sanitară organizată de minister contribuind prin aceasta la ridicarea țării.

CUVANTAREA D-LUI PROF. DR. TOMESCU, MINISTRUL SANATATEI.

D. profesor dr. Tomescu aduce mulțumiri medicilor din regiunea dunăreană pentru adeziunea lor la acțiunea sanitară întreprinsă de ministerul sănătății, acțiune care trebue să fie mai intensă și mai eficace decât în trecut.

Pe lângă problemele generale, cari au rămas încă actuale, prin nerezolvarea lor, d. ministru al sănătății expune chestiunile cari trebuesc soluționate imediat: 1) dispensarul mobil; 2) reorganizarea stagiului de vară pentru studenții în medicină; 3) reorganizarea învățământului sanitar auxiliar.

In fiecare județ va funcționa în cursul verei un dispensar mobil, care va merge mai ales în regiunile unde boalele sociale fac ravagii. Personalul acestor dispensarii se va compune din doctori în medicină, cari își fac stagiul militar și din medici oficiali ai statului.

Dispensarul va fi montat pe autocamionete sanitare și va dispune de aparate, instrumente și medicamente, pentru a putea acorda o bună asistență, descoperind și combătând totdeodată boalele nebăgate în seamă de locuitori.

Invățământul sanitar.

Pentru a avea o bună organizație sanitară avem nevoe pe lângă medici, de un personal sanitar bine pregătit.

In acest scop vom reorganiza acest învățământ, întemeind școale noui în multe regiuni ale țării și vom asigura tinerilor și fetelor cari le vor absolvi, o frumoasă situație morală și materială.

Elevii și elevele acestor școale vor trebui să aibă cel puțin 4 clase secundare și vor deveni: agenți sanitari, laboranți, moașe, surori de caritate. Elevele cari au 8 clase de liceu se vor putea înscrie în școalele de surori de ocrotire.

Stagiul studenților

Pentru completarea pregătirei profesionale a tinerilor medici, facultățile au organizat un stagiu de practică pe care studenții îl vor face în lunile Iulie și August în județele lor de origină. Medicii statului sunt rugați să dea tot concursul lor pentru ca acest stagiu să fie cât mai folositor, atât din punct de vedere al pregătirei tehnice cât și din acela al cunoașterei realităților vieței sociale românești.

D. ministru al sănătății a încheiat expunerea sa, făcând un apel călduros pentru solidarizarea tuturor medicilor în serviciul marilor probleme sanitare cari nu pot fi rezolvate decât prin înțelegerea și munca tuturor.

D. dr. Rițter, medicul șef al municipiului Galați, face o dare de seamă asupra situației demografice și sanitare din cuprinsul municipiului, prezentând o serie de propuneri.

D. dr. Panea, medicul primar al județului Putna, prezintă un raport asupra situației sanitare din acest județ, făcând propuneri pentru o mai bună organizare a combaterii bolilor contagioase și medico-sociale.

D. dr. Banu Eugen, medic primar al spitalului de contagioși din Buzău, face propuneri privitoare la ridicarea nivelului științific al personalului medical, iar *d. dr. Alexandrescu*, medic șef al spitalului și al dispensarului de tuberculoși din Galați, arată situația tuberculozei din regiune și prezintă o serie de propuneri în ceiace privește depistarea, tratamentul și izolarea tuberculoșilor. Au mai luat cuvântul, prezentând diferite rapoarte și propuneri d-nii: dr. Codreanu, dr. Măcelar, dr. Marcu, dr. Troia, etc.

CUVANTAREA D-LUI DR. I. STOICHIȚIA

D. dr. I. Stoichiția, secretar general al ministerului sănătății, rezumând desbaterile conferinței, insistă asupra necesității de a se introduce în viața sanitară din mediul rural, un sistem mai larg de medicină preventivă și de ocrotire națională.

Arată importanța deosebită a unei activități mai largi în domeniul propagandei sanitare și a educației igienice, care trebue să fie fundamentul întregei acțiuni preventive. Stăruе asupra rolului deosebit ce revine în acest domeniu, sorei de ocrotire, care trebue să fie o adevărată educatoare de igienă în familia țărănească. D-sa dă îndrumări technice privitor la înființarea și funcționarea Oficiilor de ocrotire și a școlilor pentru mame, care trebue să funcționeze cu timpul în fiecare comună rurală, ocupându-se de problemele de ocrotire ale familiei, mamei și ale copilului mic, precum și de instrucția viitoarelor mame în domeniul igienei, a îngrijirei copilului mic, a gospodăriei casnice și a bucătăriei. Insistă apoi asupra rolului dispensarelor mobile, care vor funcționa cu începere dela 15 Iulie a. c., arătând felul cum trebuesc organizate pentru a putea da un randament.

Incheind, arată străduințele ministerului pentru o mai bună salarizare a medicilor din mediul rural, prin înființarea primelor de reședință pentru medicii de circumscripții și a medicilor igieniști de plasă și stărue ca medicii la rândul lor să-și facă pe deplin datoria, activând pe teren cu tot entuziasmul pentru ridicarea sănătății publice din mediul rural.

D. ministru prof. dr. Tomescu, a primit apoi pe medicii conducători din fiecare județ ascultându-le doleanțele exprimate și rezolvând pe loc o serie întreagă de chestiuni interesând serviciul sanitar.

După terminarea conferinței, d. ministru prof. dr. Tomescu, însoțit de d. dr. Stoichiția, secretar general al ministrului și de prof. dr. Marius Georgescu, au vizitat serviciile și instituțiile sanitare și de ocrotire din Galați și anume: Spitalul Sf. Spiridon, Spitalul Elisabeta Doamna, Spitalul Izolarea, Laboratorul policlinic Stațiunea de desinfecție, Subcentrul antirabic, Depozitul de materiale sanitare și serviciul sanitar al portului.

Duminică, d. ministru dr. Tomescu și d. secretar general dr. I. Stoichitia, au vizitat comuna Traian-Sat, unde cu ajutorul d-lui dr. Țetu proprietar în această comună, se va înființa un dispensar medical cu bae populară. S'a vizitat apoi stațiunea balneară Lacul Sărat, luându-se măsuri imediate pentru reorganizarea ei; dispensarul din comuna Radu-Negru din jud. Brăila și Spitalul de stat din Brăila.

După terminarea inspecțiilor s'a ținut la spitalul din Brăila o conferință, cu medicii spitalului, hotărându-se reorganizarea unor servicii de specialitate, înființarea unei școli pentru surori-infirmiere și organizarea stagiului pentru studenții în medicină. La prefectura județului s'a ținut o conferință cu șefii autorităților administrative locale.

Cel mai nou tratament
al bolilor intestinului şi al
complicaţiunilor lor

ENTERITA
DIAREE INFECŢIOASA
ENTEROCOLITA
DIZENTERIE
FEBRA TIFOIDA
APENDICITA
DERMATOZE AUTOTOXICE

— Concentraţie maximă
— Puritate absolută
— Eficacitate completă

BIOFERMENT

— lichid —

Fermenţii lactici au fost selecţionaţi după cele mai noi metode tehnice şi după ultimile cercetări ale **INSTITUTULUI „PASTEUR"** din Paris

ARTRITISM
REUMATISM
GUTA
OBEZITATE
GRAVELA RENALA şi
HEPATICA

SOLVARTHROL

GRANULAT EFERVESCENT

3—4 linguriţe pe zi cu apă rece
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare

Reprezentanţa exclusivă: „S P E P H A R" laborator de produse farmaceutice
MARCEL HOTT — 2 bis, Str. Prof. I. Bogdan — BUCUREŞTI III — TELEFON 2.11.78

Efectele dovedite ale preparatelor

„ANIMASA"

1) Scăderea durabilă a tensiunei
2) Ameliorarea rapidă a fenomenelor subiective.
3) Ameliorarea funcţiunilor inimei.
4) Relaxarea puternică a vaselor sanguine şi diureza accelerată.
5) Agumentarea capacităţii fizice şi intelectuale.

ANIMASA SIMPLEX: Arterioscleroză şi Hypertensiuni medii
1 tabl. = 0,05 Extract de intima şi media precum şi elementele constitutive ale sângelui. 3 x 1—2 tablete pe zi.

ANIMASA FORTE: Hyerptensiunile mari, angina pectoris şi arterioscleroză înaintată.
1 tabl. = 0.1 Animasa 0.005 Jod, 0.015 bromalbumină şi 0.001 nitroglicerină. 3 x 1 tabletă pe zi

ANIMASA INJECŢII: Hypertensiunile rebele (tratament combinat cu Animasa Forte).
1 fiolă = 0,5 Animasa, 1.0 sânge proaspăt 0.5 Extract de ficat. 3 x 1 fiolă pe săptămână

ORGANOTHERAPEUTISCHE WERKE G. m b. H. Osnabrueck
Literatură şi eşantioane:
„SANOFORM" BUCUREŞTI I, CĂSUŢA POŞTALĂ 34.
Telefon 4.27.07

Ephetonin Merck

în ASTM BRONȘIC

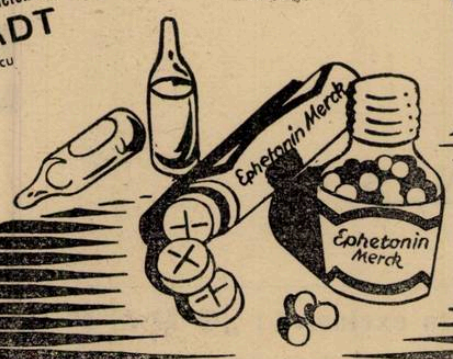
și alte maladii allergice (urticarie, exantem seric otc.

Bronșite, Hipotensiune

Tablete, Perle, Fiole, Sirop de Ephetonină, Fomedă cât și substanță pentru recepțiră.

E. MERK : DARMSTADT

Repr. G-rală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu
București I, Strada T. G. Masaryk No. 32



COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46

Sărbătorirea Profesorului Dr. Fr. I. Rainer

Duminecă 18 Maiu, în aula Fundației universitare, «Regele Carol I» a avut loc într'o atmosferă impresionantă sărbătorirea Prof. dr. Fr. I. Rainer, cu ocazia trecerii sale la pensie. Această ședință festivă s'a ținut sub auspiciile universității din București și a fost organizată de un comitet format din colegi, prieteni, elevi și admiratori ai sărbătoritului.

Ședința s'a deschis sub președinția d-lui general R. Rosetti, ministrul Educației naționale. Deschizând seria cuvântărilor, d-l prof. Parhon a omagiat munca depusă de prof. Rainer în universitate, arătând etapele cele mai însemnate ale carierei sale.

O impresiune deosebită a făcut alocuțiunea unuia din studenții ultimei serii, dl. I. Mironescu, care în cuvinte mișcătoare a arătat ce înțeleg studenții din exemplul de muncă pe care profesorul lor li-l dă. Asistența a aplaudat călduros cuvântarea plină de simțire prin care se exprimă respectul admirația și iubirea pe care tinerele generații o poartă prof. Rainer. A vorbit apoi *dl. Mușețeanu* în numele Societății Studenților în medicină și a asociației Internilor.

Apoi dr. E. Floru a vorbit în numele laboratului de anatomie arătând directivele științifice sub care a lucrat și insistând asupra acelui spirit de colaborare strânsă între maestru și elevi care domnea în Institut.

*Dl. prof. Kiriței*escu a salutat în numele atheneului Român pe cel sărbătorit, arătând meritele lui pentru cultura generală, zugrăvind apoi munca neobosită și lupta pe care a dus-o prof. Rainer pentru ideile sale apărate cu energie. A luat în urmă cuvântul *dl. prof. V. Ciocâlteu,* decanul Facultății de medicină, omagiind în numele Consiliului Profesoral pe colegul lor care a cinstit Facultatea prin organizarea învățământului anatomic și a muzeului de anatomie.

Apoi dl. prof. *A. Otetelișanu,* rectorul Universității a arătat cum Universitatea a fost fericită să ia sub auspiciile sale o sărbătorire pornită din inițiativă particulară și arătând cum activitatea Sărbătoritului nu se termină ci se continuă mai departe pentru binele învățământului științific de la noi, în Institutul de antropologie, creat și condus de prof. Rainer.

Dl. ministru al Educației Naționale *d. general Rosetti* a mulțumit în numele ministerului Profesorului Rainer pentru activitatea sa. «Ați fost un cavaler care ați luptat numai pentru bine și adevăr. Ați binemeritat dela Invățământul Superior și eu vă mulțumesc».

La sfârșit d-l *Dr. G. T. Dinischiotu* a omagiat pe Prof. Rainer în numele miilor de studenți cari în cei 30 ani ai săi de activitate au profitat de lecțiile sale neuitate și de exemplul moral al vieții sale. A oferit apoi celui sărbătorit medalia comemorativă bătută în onoarea sa, operă a maestrului A. Bordenache.

A răspuns tutulor prof. Rainer, primit de aplauzele călduroase ale întregii asistențe. «Mă simt copleșit în fața acestei manifestări» a spus dânsul. «Faptul reputației mele ca profesor de care nu mă mai pot îndoi acum îl cred

Medalie comemorativă bătută. Lucrare a maestrului A. Bordenache

datorit rezonanței pe care resorturile adânci ale ființei mele l'a produs în mințile celor ce m'au ascultat». Apoi a schițat evolutiv etapele formațiunii sale științifice, arătând mai întâiu motivele ce l'au împins la studiul medicinii: nevoia de a pătrunde fenomenele vieții și de a înțelege rostul existenței sale în univers. Ajuns de timpuriu preparator al clinicei medicale conduse de prof. Stoicescu, a lucrat acolo timp de 17 ani, dobândind baza necesară dezvoltării lui ulterioare. Trei mari personalități au avut asupra sa o influență hotărîtoare:

Wirchow care prin cercetările sale asupra patologiei celulare l'a forțat să adere de concret, Claude Bernard prin critica medicinii experimentale și Goethe prin sudiile critice și poezia sa filosofică.

Pornind dela celula germinativă care înmagazinează în cele câteva milionimi de gram toate potențele individului de mai târziu, prin studiul embriologiei, apoi prin acela al anatomiei comparate care arată pe om construit după tipul celorlalte vertebrate, profesorul Rainer s'a ridicat la înălțimea la care viața a împins dezvoltarea sistemului nervos central al omului. Continuatori ai unei vieți ale cărei începuturi datează de milioane de ani, pentru prima oară omului este dată posibilitatea de a-și pune întrebarea: care este rostul său pe lume. Această deosebește esențial omul de celelalte viețuitoare și fiecare om demn de acest nume este dator de a-și pune această întrebare.

Din 1913, ca profesor de anatomie la Facultatea de medicină din Iași se ivesc apoi problemele unei alte părți a existenței lui: rostul său ca profesor. La această întrebare Profesorul Rainer răspunde prin: «a servi». Profesorul de anatomie are o răspundere mai mare decât ceilalți profesori căci trebue să lucreze cu începători iar timpul de lucru sub supravegherea și directivele sale este mai îndelungat. Profesorul Rainer pornind dela adevărul că medicul trebue să fie înainte de toate un om de acțiune, a înțelese să formeze pe studenți în acest scop. iar mijlocul de formare a fost sala de lucrări practice. Cât privește învățământul dela catedră, dânsul a rupt cu concepția învechită potrivit căreia profesorul nu este decât un repetitor al tratatelor, și învățământul universitar din Europa de după războiu i-a dat dreptate. Profesorul trebue să discearnă esențialul de secundar. Evoluția așa de rapidă a ideilor în știință și mai ales în medicină îndreptățește ideea că profesorul trebue să creeze ascultătorilor receptivitate pentru ideile noi ce vor veni. «Nu cunoștințe multe, ci puține, organice, în contact cu realitatea, cunoștințe portative, fără care ești perdut la paul bolnavului». Și a făcut aceasta totdeauna cu o emoțiune carê nu putea să nu se transmită antenelor ascultătorilor săi, după receptivitatea fiecăruia. A căutat deasemenea să le arate ce bogăție de interes pot avea chiar preocupările zilnice ale studiului.

Sfârșind, Profesorul Rainer a arătat cum și-a integrat activitatea în societate: «Suntem datori să dăm societății cât putem mai mult, și n'avem dreptul să-i purtăm resentiment pentru nedreptăți, fiindcă fiecare suntem mai datori societății, decât ne este ea nouă».

Am lucrat de dragul realizării depline a lucrului îndeplinit, a terminat profesorul Rainer. Astfel a înțeles patriotismul de a-și servi țara căreia îi aparține cu trup și suflet.

Aplauze nesfârșite au salutat pe cel sărbătorit la sfârșitul impresionatei alocuțiuni, o adevărată «profesiune de credință». O caldă atmosferă de admirație și iubire pentru Prof. Rainer a domnit în tot timpul acestei festivități, prin care intelectualitatea românească a ținut să aducă celui sărbătorit un sincer și entuziast omagiu.

Dr. G. T. Dinischiotu

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Moartea Profesorului Dr. Nicolae Minovici

Duminică 8 Iunie a încetat din viaţă Profesorul Dr. Nicolae Minovici, fost Profesor de medicină legală şi director al Institutului Medico-Legal, fondatorul Societăţei «Salvarea» şi al Spitalului de Urgenţă.

Controlul şi conducerea Laboratoriilor Ministerului Sănătăţii.

Ministerul sănătăţii a dat o decizie prin care toate laboratoarele ministerului trec sub controlul şi conducerea tehnică a institutelor de ştiinţă aplicată din regiunile respective, după cum urmează:

Laboratoriile din Inspectoratele generale sanitare Iaşi, Suceava şi Galaţi vor fi sub controlul şi conducerea tehnică a Institutului de igienă Iaşi.

Laboratoriile din Inspectoratele generale sanitare Bucureşti, Craiova şi Constanţa vor fi sub controlul şi conducerea tehnică a Institutului de seruri şi vaccinuri «Prof. Dr. I. Cantacuzino» din Bucureşti.

Laboratoriile din Inspectoratele generale sanitare Timişoara, Alba Iulia şi Sibiu, vor fi sub controlul şi conducerea tehnică a Institutului de igienă Sibiu.

Concurs pentru medici primari.

Eforia spitalelor civile aduce la cunoştinţa d-lor medici că la 15 Octombrie 1941 se va ţine la Eforie concurs pentru ocuparea a 16 posturi de medici primari şefi de secţie în clinicile medicale şi chirurgicale şi medici primari pentru servicii de consultaţii (autonomi) specialitate medicină internă şi specialitate chirurgie.

Condiţiile de admitere la aceste concursuri sunt cele prevăzute în regulamentul concursului de medici primari de servicii şi medici primari de consultaţii din 1927 publicat în «Monitorul Oficial» Nr. 72 din 1 Aprilie 1927 şi cele cuprinse în urnalul Nr. 737 din 1941 al Eforiei.

Inscrierile se primesc la Eforia spitalelor civile, b-dul Elisabeta 5, direcţia personalului şi se fac până în ziua de 4 Octombrie, ora 13.

O donaţie semnificativă.

Urmând apelului şi îndemnului spre caritate, făcut prin presă de către Conducătorul Statului Român, D. General Ion Antonescu, Eforia Spitalelor Civile a primit recent o donaţie cu totul semnificativă.

Mai mulţi medici ai Eforiei, care şi-au făcut şcoala şi cariera în Spitalele acestei mari şi frumoase instituţii, au subscris sumele necesare pentru ridicarea unei Secţii de bărăci, modern amenjate, pe lângă unul din Spitalele Eforiei.

Scopul va fi izolarea bolnavilor suferind de tuberculoză deschisă. Problema aceasta este de cel mai mare interes pentru combaterea tuberculozei şi soluţia aceasta relativ economică, pare bine adaptată atât nevoilor urgente cât şi mijloacelor restrânse ale momentului.

Este semnificativ acest gest din partea unor medici crescuţi şi formaţi în Spitalele Eforiei. Mai ales că se reia astfel firul daniilor.

Paturile astfel realizate vor purta numele donatorilor.

Până în prezent s'au subscris sumele necesare pentru 100 paturi.

Aceasta va constitui totodată prima secţie de bărăci moderne amenajate pe lângă Spitalele Capitalei.

Eforia spitalelor civile a decis ca această secţie pentru îngrijirea bolnavilor tuberculoşi să se facă la spitalul Pantelimon.

Al XX-lea Congres de Balneologie.

Duminecă 8 Iunie, s'a ţinut în amfiteatrul Aşezămintelor Brâncoveneşti cel de al XX-lea congres anual de balneologie, organizat de societatea de hidrologie şi climatologie medicală.

Programul a cuprins rezultatele cercetărilor asupra isvoarelor hidrominerale din ţinuturile româneşti şi din ţară.

Comunicările ştiinţifice făcute au aparţinut Institutului de balneologie «Prof. Dr. Teohari» de sub direcţia d-lui Prof. Dr. G. Băltăceanu; Institutului de balneologie Iaşi de sub direcţia Prof. G. Tudoranu şi Laboratorului Clinicei medicale din Iaşi, de sub conducerea d-lui Prof. Dr. P. Niculescu.

Apariţia volumului I al Congresului Naţional de Tuberculoză.

Domnii medici care au participat la al 4-lea Congres Naţional de Tuberculoză — Cernăuţi 1939, sunt rugaţi a comunica la Secretariatul Societăţii pentru Studiul Tuberculozei — Institutul Dr. I. Cantacuzino, Splaiul Independenţei, 103, adresele lor şi dacă doresc să primească volumul II al lucrărilor Congresului, contra plăţii transportului prin ramburs.

Domnii medici din Bucureşti, pot ridica volumul la adresa de mai sus, în orice zi de lucru, între orele 16—17.

Societatea Germană pentru gynecologie

A 26-a sesiune a Societăţii Germane pentru Gynecologie are loc dela 28-31 Iulie (1. VIII.) 1941 la Viena.

Punctul esenţial al congresului îl vor forma următoarele rapoarte principale:

1. Ingrijirea medicală prenatală şi reglementarea ei legală.

2. Constituţia sexuală şi sistemul hormonal sexual.

3. Depistarea precoce a cancerului genital al femeii prin propagandă şi examinări preventive.

4. Statistica Germană de cezariene din 1938.

5. Chimioterapia infecţiunilor bacteriene şi perspectiva ei în lupta contra infecţiunilor puerperale şi a gonoreei feminine.

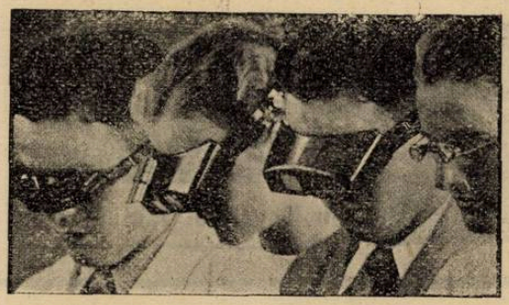
6. Rolul vitaminelor în corpul omenesc cu deosebire în cursul sarcinei.

7. Tratamentul placentei praevia cu privire deosebită asupra cezarienei. (Satistice internaţionale de peste 15 ani).

Informaţiuni şi înscrieri pentru congres:

Sibiu: D. Prof. Dr. Cristea Grigoriu, Clinica de Ginecologie şi Obstetr.

Bucureşti: D. Dr. Constantin Stanca, conferenţiar universitar, Calea Victoriei Nr. 39.



ZEISS

LUPE BINOCULARE

Observarea binoculară
este mult mai instructivă decât observarea monoculară, aceasta din cauza vederii plastice.

LUPA BINOCULARA acoperită, cu sau fără dispozitiv de luminat (fig. din mijloc) este o luptă universală pentru d-nii medici, în special, oculiştii dermatologii etc.

LUPA - OCHELARI (fig. din dreapta) este comod de purtat ca şi echelarii. Recomandabilă pentru operaţii mici.

LUPA BINOCULARA CU PRISME (fig. din stânga) permite observarea binoculară în răni, etc.

TELE-LUPELE BINOCULARE dau măriri puternice la distanţe mari de observare. Există şi în construcţie specială pentru urechi, după Eckart—Möbius.

Cataloage şi informaţiuni gratuite dela

CARL ZEISS JENA

Reprezentonţa Generală pentru România:
Societate Anonimă de Agentură-Comiston-Import fost
Otto & Alfred Herzog, Bucureşti I, B-dul Carol I, 48.

UN TONIC EFICACE ŞI PLĂCUT LA GUST

CYTOTONINE
ELIXIR

Lactofosfat de calciu
Extract de Kola
Extract de Quina
Tinctură de nucă vomică
Metilarseniat de sodiu
Vin de Malaga
Sirop de coji de portocale

2-3 linguriţe sau linguri pe zi după vârstă

ANEMIE - CONVALESCENŢE
SURMENAJ FIZIC ŞI INTELECTUAL
I N A P E T E N Ţ A
LIMFATISM - CHLOROZA
STARI GANGLIONARE

Reprezentanţa exclusivă „S P E P H A R„ laborator de produse farmaceutice
MARCEL HOTT — 2 bis, Str. Prof. I. Bogdan — BUCUREŞTI III — TEL. 2.11.78

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

BELLAFIT

FIOLE INJECTABILE
SOLUȚIE
TABLETE

ANTISPASMODIC ENERGIC

conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonă.

IODOTERAPIA PE CALE PARENTERALA PRIN

VASOJOD

subcutan **intravenos** **intramuscular**

Fiole de 2 cc. și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod

In tratamentul urticariei precum și al tuturor stărilor de anafilaxie, atât la copii cât și la adulți. prescrieți

PEPTOCALCIUM FORTE

pentru adulți și

PEPTOCALCIUM MITE

pentru copii

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

NOUA FORMĂ IN
GRANULE

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate - Decalcificări.

Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiza.

CALCIGÉNOL
GRANULE

FORMULA:

FOSFAT DE CALCIU MICELAR,
HIPOFIZA, PARATIROIDA.

GRANULE: 2-3 linguriţe de cafea pe zi.—

LABORATORUL DOCTOR PINARD — PARIS
Eşantioane şi literaturi:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R. 103 Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX No. 18 — 15 Lei exemplarul — 15 Septembrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA STUDENŢILOR

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. ZAMFIR DUMITRU, Dr. VALERIU CONSTANTINESCU şi Dr. P. TONEGARU: *Lamblia intestinală şi a căilor biliare* 245

Dr. POPESCU AURELIAN, VASILIU VLAD şi ROŞA PETRE: *Rupturile traumatice ale intestinului subţire în abdomen închis* 249

Dr. MARIA MAXIM şi Dr. GEORGE BORŞ: *Vitamina C. în fructele indigene proaspete cât şi după un anumit timp şi fel de conservare* 250

Pagina

Dr. PĂUNESCU PODEANU şi Dr. AL. APOSTOL: *Sulfamidele şi ficatul.* 251

Dr. I. STOIA şi Dr. NOAGHEA: *Tratamentul reumatismului prin injecţii intravenoase de Novalgin asociat cu Endojodin* 252

CHESTIUNI DE ORGANIZARE

Dr. S. IRIMESCU: *Extensia tuberculozei printre civili şi militari* . 254

Dr. G. VINTILĂ: *Problema ocrotirei mamei şi copilului* 255

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medici morţi la datorie; Vizita d-lui ministru al sănătăţii la instituţiile sanitare din jud. Vâlcea; Examenele din sesiunea Octombrie la Facultatea de medicină din Bucureşti; Incorporarea tinerilor medicinişti amânaţi pentru continuarea studiilor 256

BIBLIOGRAFII

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr

Substanţa sintetică unitară, fără alcaloizi cu acţiune spasmolitică vastă şi efect analgezic puternic, fără acţiune hipnotică accesorie

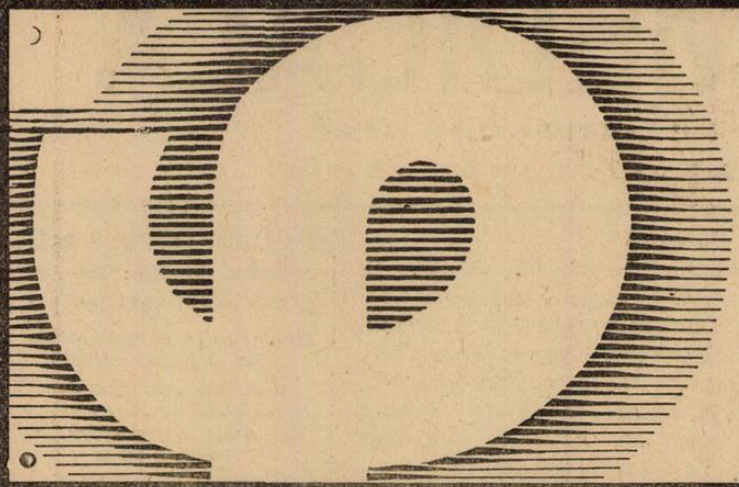
DOLANTIN

ADMINISTRABIL ORAL ŞI PARENTERAL

FIOLE, TABLETE, SUPOZITOARE

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentaţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86



Baza biologică
a rezistenţei
în
Tuberculoze

Cholibiol

fost **BIOCHOLINE**

Chlorhidrat de Cholină R. & C. pentru injecţii subcutanate. După lucrările Profesorului J. CARLES şi Dr. F. LEURET. (Comunicări la Academia de Medicină: 18 Februarie 1930, 2 Februarie 1931). O injecţie la 2 zile. Produs chimic pur. Nici o toxicitate. Injecţii nedureroase.
Singurul preparat sub controlul fiziologic şi chimic al autorilor.

LABORATOARELE ROBERT & CARRIÈRE
1, AVENUE DE VILLARS, PARIS. (VII-e)

Depozit permanent: **„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Bucureşti I. Str. Sf. Ionică 8**

Pentru sustinerea sarcinei

Flavolutan

corp galben disolvat în uleiul germenului de grâu

Conţine deci şi vitamina E. Deceeia acţiune mărită a progesteronului asociat cu vitamina în tratamentul avortului habitual şi iminent.

Alte indicaţiuni: sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă.
Hemoragii (hiperplasii glandulare cistice, juvenile şi climacterice)
Forme de prezentare: Fiole cu 2 şi 5 mg (2 şi 5 U. I.)

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, Bucureşti III, Str. G-ral Er. Grigorescu, 6

HYGEA

MYKOCID

TINCTURA

Jodo-phenol-trichlor-oxy-aethanol-dioxybensol-formol-fuxin-borat.

Combaterea micozelor parazitare

SENNA-CARBON

TABLETE

Folia Sennae plv.
Fel tauri depur.
Carbo depur.
Sufur. depur.
Ol. Menthae & Foeniculi

Gastrite,
Intoxicaţiuni alimentare Constipaţii acute şi cronice.

SULFAZOL

TABLETE

0,20 Chlorhydrat de sulf-amido-ch isoidină.
0,10 p-Aminobenzensulfa-midă

Septicemii

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R.
BUCUREŞTI

Pentru produse chimice şi farmaceutice
Splaiul Unirii 127

TELEFON 4.22.44

Anemoton „GAMMA"

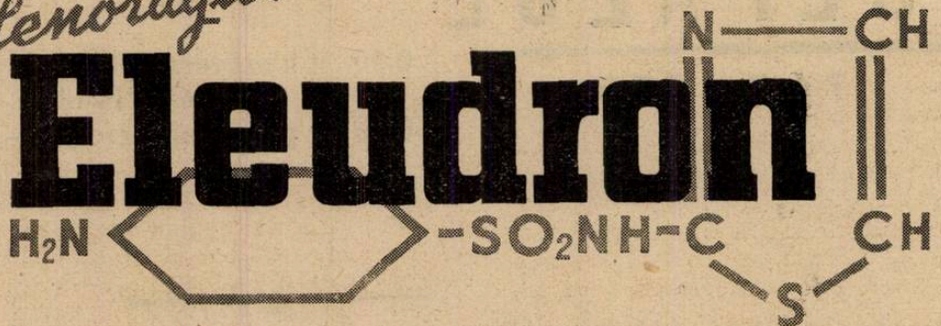
TONIC ŞI RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str Avram Iancu 32, Tel 5.51.51

Pentru tratamentul rapid al blenoragiei

Eleudron



p-Aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol")

BAYER

»Bayer«
LEVERKUSEN

foarte eficace în orice stadiu al blenoragiei. Procente foarte ridicate de vindecări după o întrebuinţare numai de 2 zile a unei doze globale de 10 gr., tratamentul devenind astfel foarte economic. Toleranţă perfectă!

Tub cu 20 tablete de 0,5 gr.

Reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti 1, Str. Brezoianu 53

Anul XIX No. 18 15 Lei Exemplarul 15 Septembrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Lamblia intestinală şi a căilor biliare
(sindrom de apendico-cholecystită subacută).

de

Dr. ZAMFIR DUMITRU, Dr. VALERIU CONSTANTINESCU şi Dr. P. TONEGARU

Dintre protozoarele parazite ale intestinului omului, după amibe, care ocupă locul principal, merită a reţine atenţia noastră trei flagelate: lamblia intestinalis, tetramitus meslini, trihomonas intestinalis şi un infuzoriu balantidium coli.

Lamblia intestinalis şi a căilor biliare face obiectul studiului nostru, referitor la un caz clinic urmărit timp îndelungat în serviciul I. Medical al Spitalului Militar «R. E».

Se ştie că lamblia sau giardia intestinalis a fost constatată pentru prima oară în scaunele diareice ale copiilor de Lambl din Praga 1859, reuşind să ridice vălul tăcerii de pe protozoarul pe care olandezul Van Leeuwenhock l-a găsit cu două sute de ani mai înainte în scaunele lui proprii. Parazitul se poate prezenta sub două forme *formă vegetativă* şi sub formă de *chist*. In formă vegetativă, protozoarul are formă de ridiche sau piriformă, de zece până la două zeci şi cinci micromi lungime şi lăţime de cinci până la cincisprezece micromi. Este foarte subţiat îndărăt, cu o depresiune ventrală în formă de ventuză, prevăzută cu doi nuclei, dând aspectul unor ochelari. Imprejurul depresiunii se găsesc trei perechi flageli. O altă pereche există aprope de extremitatea posterioară. Văzută din profil are aspectul unei semilune, foarte mobilă dacă este fiberă, lamblia se fixează pe celulele epiteliale ale intestinului subţire (rozătoare şi la om), — prin ventuza sa ventrală. — Partea de predilecţie pare a fi porţiunea superioară a intestinului subţire şi mai ales duodenul şi jejunul, poate unde sucurile sunt alcaline şi mai fluide creiind un mediu favorabil existenţei şi desvoltării parazitului.

Chistul. — Formă de rezistenţă, este ovalar, de 15 microni, cuprinzând mai mulţi nuclei. Intestinul gros adăposteşte chistele. Pentru formele vegetative reproducţia se face prin sciziparitate dar pentru chiste există mai multe opiniuni. Se vorbeşte de diviziune longitudinală sau de autogamie şi de unire a doi paraziţi în interiorul chistelor. Contaminarea are loc prin apa de băutură, conţinând chiste, sau prin intermediul alimentelor infectate de dejecţiunile rozătoarelor (şoarece şi şobolan).

Rolul patogen. — Foarte răspândită în unele din ţările calde, infecţia cu lamblia este frequentă şi la noi în ţară. O recrudescenţă s'a manifestat în timpul războiului când s'au descris adevărate epidemii în Flandra şi Galipoli. Această constatare nu mai lasă nici o îndoială asupra realităţii rolului patogen jucat de lamblia în unele cazuri.

Dar o întrebare se poate pune în practică în faţa fiecărui caz: în ce măsură simptomele constatate sunt datorite prezenţei parazitului?

După cum observă J. Rachet: două eventualităţi arată că famblia poate să se prezinte ca saprofit banal: în primul rând existenţa de numeroşi purtători de lamblia fără nici o tulburare patologică aparentă şi în al doilea rând se poate observa vindecarea de tulburări intestinale cu perzistenţa numeroşilor paraziţi în scaune. Se recomandă deci oarecare prudenţă în interpretarea faptelor clinice imputate lambliazei sub formă de diverse tulburări intestinale.

Manifestaţiile simptomatice de lambliază se prezintă sub diferite forme: variate:

1. Forma acută a lambliazei aproape necunoscută în climatele noastre se aseamănă cu dizenteria sau o febră tifoidă; tenesme, 20—30 de scaune caracteristice cu puroi, sânge, mucozităţi, scaunele conţinând foarte numeroase lamblii.

2. Forma enterocolitică se întâlneşte mai frequent şi se manifestă cu tulburări dispeptice, greţuri, dureri uşoare abdominale, scaune diareice (păstoase sau fluide, cu reacţiunea alcalină conţinând mucus, — alternând cu faze de linişte. In majoritatea cazurilor se găseşte la colitici cu lamblia o mărime a alcalinităţii scaunului şi Goiffon crede că lambliaza coincide cu hipersecreţia colică, hipoaciditate şi cu o digestie insuficientă a fibrelor musculare. Se mai observă, astenie pronunţată, diminuarea capacităţii de muncă, anemie cu scăderea globulelor roşii şi hemiglobinei. In unele cazuri se vor manifesta tulburări nervoase sau vasculare, bolnavul având cefalee, ameţeli, anxietate, senzaţie de muşte sburătoare înaintea ochilor, vâjîituri în urechi; prurite, sau alterative de paloare a feţii, la cronici se pot constata reviviscenţe grave mergând până până la caşexie şi perforaţie. Cade, Morenas citează un caz unde astenia se însoţeşte de pigmentaţii bronzate, evocând idei unei insuficienţe supra-renale şi foarte ameliorate prin un tratament antilamblial. In unele cazuri maladia va putea simula o tuberculoză intestinală sau pulmonară şi Chantriot insistă asupra faciesului pseudo- tuberculos lamblian prin opoziţia cu masca amibiană. Din punct de vedere anatomo-patologic leziunile se pot localiza la nivelul cecului, apendicelui, primei părţi a colonului, a porţiunei terminale a intestinului subţire şi mai rar leziunea recto-sigmoidiană (este foarte interesantă în această privinţă observaţia lui Jacquot).

3. Forma coleriformă este descrisă de Goia şi Gavrilă.

Tabloul clinic se manifestă cu dureri rebele, scaune ca zeama de orez, vărsături incoercibile, dureri şi contracţiuni, tegumente uscate, cianoză, ochii înfundaţi, nasul ascuţit, palpitaţii, ascensiuni febrile, şi în scaun numeroase forme vegetative de lamblia.

4. Forma uşoară se traduce prin fenomene dispeptice, greţuri, pirozis, dureri în hipocondrul drept, foame dureroasă, cefalee, insomnii, fenomene de neurastenie, ameţeli, oboseală, anemie, iar uneori tulburări intestinale uşoare.

5. Forma hepato-biliară, sau duodeno-veziculară după Pierre Martin reprezintă simptomatologia colecestitei sau al cirozei incipiente, crizele diareice de formă uşoară sau dezinteriforma pot să se amendeze sau să nu apară prin intermitenţă. Ele fac loc pe urmă, fie foarte tardiv uneori, la anorexie, greţuri, regurgitaţii biliare, slăbire, astenie, vertige, iritabilitate a caracterului, insomnie, anemie tardivă, accidentele de partea căilor biliare, rămânând de obiceiu extrem de discrete. Este vorba de puseuri, de cholecistită însoţite sau nu de febriculă, de migrenă oftalmică, de durere spontană în hipocondrul drept, cu iradiaţii în abdomen, de oarecare sensibilitate a regiunei subhepatice şi a ve-

ziculei care este apreciabilă la mână. Se notează uneori o hipersensibilitate cutanată sub omoplatul drept şi în regiunea axiliară mai rar, sau chiar icter şi în unele cazuri, accese dureroase reamintind colica hepatică. Din cauza importanţei reduse a alteraţiilor organice ce însoţesc acest sindrom de cholecistită, astfel de accese dureroase nu ar fi pentru unii autori (Westphal şi Georgi, Adamovicz, Morenas, decât manifestaţiile funcţionale, care apar la simpaticotonici, atunci când giardele se fixează în masă la nivelul pliurilor mucoase şi constituesc astfel mici embolii capabile să provoace la nivelul căilor biliare, adevăratele reflexe dureroase. Toate aceste semne caracterizează o suferinţă a veziculei care traduce un tablou al cholecistitei cu forma latentă. Uneori în prezenţa exageraţiei, perseverenţei şi predominărei unor simptome, — s'au putut descrie forme larvate a lambliazei veziculare de tip pseudo-cholelitiziac, de tip dispeptic, de tip pseudo-ulceros (ulcer gastric sau duodenal) şi s'a putut simula chiar cancerul stomacului.

Oumidova şi Schwartz, într'o publicaţie a lui Mikeladzé au observat în 1927, într'un caz de lambliză veziculară, formaţia unui abces subdiafragmatic a cărui puroiu conţine lamblii într'un număr foarte mare, şi foarte puţini microbi. In ceiace priveşte participarea ficatului, el s'ar trăda prin hepatită acută sau cronică de tipul scleros, icter: leziunea parenchimului hepatic se manifestă deja în cursul lambliazei intestinale prin decoloraţie intermitentă a scaunelor, prin sensibilitatea marginei anterioare a ficatului, prin prezenţa de pigmenţi biliari sau exces de urobilină în urini (Dalsace şi Chantriot), se pot observa şi tulburări cardio-vasculare sau crize de astm care ar fi putut fi raportate la infestaţia veziculară cu lamblia (Chersanie 1927, Mikeladzé 1932).

In legătură cu această din urmă formă, a cărei simptomatologie o reproduce în mare parte, redăm observaţi bolnavului tratat în serviciul I. Medical, insistând asupra particularităţilor semnelor caracteristice care confirmă diagnosticul.

Bolnavul T. Tr. în etate de 32 ani, se internează din nou în serviciu după un tratament în acest serviciu întreţăiat de o serie de două concedii pentru dureri în hipochondrul drept, mai ales după efort, urină de culoare închisă intermitent, coloraţie subictercică a conjunctivelor.

Antecedente personale. Scarlatină la 7 ani, malarie la etatea de 16 ani, neagă bolile venerice. Nu mai fumează de o lună şi jumătate, uzează moderat de alcool.

Antecedente heredo-colaterale. Tatăl mort de uremie, mama de cancer.

Istoricul maladii. Boala actuală, după cum am menţionat mai înainte, durează de mai bine de trei luni, a debutat la 15 Sept. cu greaţă, vărsături stare subfebrilă, de o coloraţie subictercică a tegumentului şi a mucoaselor. A stat prima oară în serviciu 7 zile, după care i se dă un concediu medical de 30 zile. Se internează din nou 30 zile, după care pleacă cu un concediu de 30 zile, cu diagnosticul de icter cataral prelungit. La terminarea acestui concediu, intră din nou în Spital, în serviciul nostru.

Starea prezentă. De constituţie medie, tegumentele uşor palide, ţesutul celulo-adipos normal desvoltat. Acuză dureri în fossa iliacă dreaptă şi sub rebordul costal.

Aparatul respirator. Respiraţia aspră la vârful pulmonar stâng.

Aparatul circulator. Puls 52. Tens. art. M × 12. Mn. = 8.

Aparatul digestiv: Limba uşor încărcată, sensibilitate în epigastru şi în fossa iliacă. Ficatul dureros la presiune.

Buletinul de analiză: a urinei din 4 Noembre 1940, (Laboratorul Central de Chimie al Armatei) Spitalul Militar Central «R.E.», *albumină* urme abia perceptibile.

Glucoza — absent.
Acetonă — absent.
Sânge — absent.
Pigmenţi biliari.
Urobilină normal.
Sediment. rare celule epiteliale plate, rare leucocite.

Buletinul de analiză a urinei din 18 Ianuarie 1941.

Toate elementele normale, afară de sediment în care se găsesc frequente leucocite izolate şi grupate, rar urat de sodiu.

Analiza sângelui. 5.XI.1940, colesterină = 1,37%.

Buletin de analiză (din ziua de 24.XII. 1940), Laboratorul de analize medicale chimice şi bacteriologice Dr. C-tin Ionescu, asistent Universitar şi Medic Şef al Laboratorului Central de Bacteriologie dela Spitalul Brâncovenesc.

Produsul patologic: fecale.
Examen parazitologic.
Analize cerute de d. Profesor Dr. I. Iacobovici.

In urma examenului direct cu ser fiziologic Lugol, eozină s'au găsit:

Entamoeba coli (cystur).
Giardia: Intestinalis (chisturi).

In serviciul nostru s'a repetat examenul pentru materiile fecale, ouă de paraziţi intestinali şi cu *Buletinul de analiză Nr. 203 al Laboratorului de Bacteriologie al Armatei.*

Rezultatul examenului: absenţa oulelor de paraziţi intestinali.

Buletin de analize Nr. 567 din 11 Ianuarie 1941, al Laboratorului Central al Armatei.

Examen cerut pentru giardia (în bilă). Absenţa giardii în cele patru probe de suc duodenal.

In proba 2-a s'a constatat prezenţa ouălor de ascaris lombricoides. I s'a instituit imediat un tratament adequat.

In urma insistenţelor bolnavului, a cerut să se repete examenul bilei şi la Laboratorul din oraş, unde s'au mai făcut examenul parazitologic al materiilor fecale.

Buletinul de analiză a acestui Laborator cu data din 16 Ianuarie 1941.

In produsul patologic Bila A., (choledociană) şi Bila B. bila (veziculară) în urma examenului făcut s'au găsit:

Giardia intestinalis (forme prechistice). Imediat s'a instituit un tratament cu Stovarsol câte 3-4 comprimate pe zi, timp de o săptămână a 9 zi s'a repetat examenul parazitologic al bilei (bila A şi bila B), la acelaş Laborator.

Buletinul de analiză din 31 Ianuarie 1941.

In urma examenului direct după centrifugare, nu s'a găsit giardia intestinalis.

Buletinul Hematologic Nr. 1944 din ziua de 11 Ianuarie 1941 Spitalul Militar Central «R.E.».

N. Globulelor roşii 4.350.000. Poli neutrofile 46%.

N. Globulelor albe 4.100. Poli bazofile 0%.

N. Hematoblaştilor, eozinofile 6%.

N. Hemoglobina 85%. Monocite 4%.

Limfocite 44%.

Formula concludentă, paludism cronic pentru care s'a recomandat bolnavului un tratament anti-malaric cu atebrină şi plasmochin. Atebrina după cum ştim are o acţiune eficace şi asupra lambliei.

Examenul radioscopic gastro-intestinal. Buletinul serviciului de radiologie din ziua de 13.XI.1940, (Med. Lt. Col. Dr. Ionescu) nimic deosebit anormal perceptibil radioscopic în tractul gastro-intestinal afară de dureri solare şi în zona apendiculară fără vizibilitatea apendicului.

Buletinul radiologic cerut în oraş (în timpul concediului) de d. Prof. Dr. Băltăceanu, şi efectuat pe ziua de 14.XII.1940, de Dr. Zigura.

Regiunea examinată. Radioscopie intestinală (coeco-apendiculară).

Rezultatul.

După 6 ore substanţa opacă umple coecul şi ascendentul.

Coecul foarte spastic, mobil de poziţie normală, cu dureri endo-coecale, ce se deplasează odată cu coecul.

Apendicele vizibil. Cu direcţia descendentă lung, injectat terminat în măciucă. Se observă nişte pete ovale clare în corpul apendicului (prezenţa de coprolite sau calcule) apendicele este mobil dureros la presiune, rămâne injectat chiar după evacuarea intestinului.

Ileonul tereminal tros dilatat.

Ascedentul spastic dureros pe traectul lui.

Transversul căzut, spastic cu segmentiile haustrale accentuate.

AUROTERAPIA TUBERCULOZEI

pe cale intravenoasă

CRISALBINE

TIOSULFAT DUBLU DE AUR ŞI DE SODIU

(37 °/₀ aur metal)

FIOLE DOZATE LA :

0,02 gr. • 0,05 gr. • 0,10 gr. • 0,15 gr.

0,20 gr. • 0,25 gr. • 0,35 gr. • 0,50 gr.

DE PRODUS PUR CRISTALIZAT

pe cale intramuschiulară

sau sub-cutanată

MYOCHRYSINE

AUROTIOMALAT DE SODIU

(50 °/₀ aur metal)

SOLUŢII APOASE-SUSPENSII OLEOASE

PENTRU FIECARE PREZENTARE :

FIOLE DOZATE LA : 0,01 gr. • 0,05 gr.

0,10 gr. • 0,20 gr. • 0,30 gr. • 0,50 gr.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

Laboratoarele AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges

PARIS (4 arr.)

PRODUSELE	INDICAŢIUNI	FORMULE
AMIDAL Amidon parafinat şi fermenţi lactici	Enterite Diaree Disenterie	Pulbere Comprimate Caşete
BACKERINE Fermenţi selecţionaţi şi săruri magneziene	Epiteliome Carcinome Sarcome	Fiole
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg	Iperchlorhidrie Spasme digestive Vomitări, Colici Diaree	Picături Granule Fiole
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg	Atonie vezicală Ipo-aciditate gastrică Sindrom solar Tachicardie nervoasă Simpaticotomie Atonie intestinală	Dragee Granule Picături Fiole
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg	Maladia lui Parkinson Sindrome post-encefalice Anestezie chirurgicală	Picături Granule Fiole
GÉNOSTHÉNIQUE Polonovski et Nitzberg	Neurastenie Astenie Stări de depresiune nervoasă Surmenaj, Convalescenţă	Picături Granule Fiole
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg	Paralizie Astenie Neurastenie	Fiole Granule Picături
SED'HORMONE Dibromcholesterol	Excitaţie Insomnie, Nelinişte	Dragee

EŞANTIOANE MEDICALE ŞI LITERATURA LA CERERE

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Sf. Ionică No. 8, Bucureşti I.

Descendentul spastic.

După 24 ore substanța umple tot cadrul colic, ascedentul în parte evacuat.

După 48 ore substanța opacă în parte evacuată.

Apendicele injectat fragmentat (stază apendiculară) dureros la presiune, durerea se iradiază în sus spre cholecyst.

Buletin de analiză. (Galactozuria fracționată).

IV. 5344 din 19 Decembrie 1940, al Laboratorului Prof. Dr. Nițescu (cerută de bolnav).

Concluzii. Concentrația galactozei eliminate acentuată crescută în urinele proximale se menține puțin și în a III-a.

Debitul în 4 ore, și după 24 ore deasemenea crescut.

Concentrația din urină normală în 24 ore.

Hepatită subacută.

Repetarea galactozurie alimentare în același laborator.

Buletinul de analiză în 5403 din 15 Ianuarie 1941.

Concluzii: Concentrația galactozei eliminate crescută în urinele proximale, revine în a treia urină.

Debitul deasemena crescut în 24 ore, (4.6).

Hepatită acută ușoară.

Buletinul radiologic (între 2-4 Februarie 1941).

Regiunea examinată: vezicula biliară.

Examen cerut de d. Prof. Dr. Iacobovici.

Cholecystografia s'a făcut cu iod tetragnost pe cale bucală în doze fracționate.

Vezicula biliară apare, este mai micșorată.

Calculi: nu prezintă.

Diagnostic: Cholecystită necalculoasă.

DIAGNOSTIC

Din observația clinică, radiologică și bazată și pe celelalte examene de laborator, se desprind o serie de semne care afirmă digonosticul apendiculo-doudenitei (a) durerile spontane epigastrice ce vin intermitent precum și durerile accentuate la presiune pe prima, a doua și chiar a treia proțiune duodenală care ne arată participarea duodenului (b) Greața, care poate si socotită ca rezultatul unei duodenite și al unei pilorite ce rezultă din propagarea procesului inflamator și la nivelul duodenului așa cum sustine cu cu o argumentație bogată Dr. Cârstea în volumul său recent asupra apendiculo-duodenitei. Vărsăturile datorite procesului inflamator duodenal, spasmelor pe care el le determină în special la unghiurile duodenale și contracțiilor antiperistaltice, care urmează după cele spasme.

c) Tulburările hepatice, pot fi considerate consecutive procesului de duodenită (subitcerul și icterul prelungit).

In prima perioadă a afecțiunii din observația noastră.

Separând diferite bile, obținute prin tubaj, proba lui Meltzer-Lvon ne-a permis de a identifica lamblia în bila B. sau bile veziculare.

Nu am făcut apel la proba lui Carnot și Gachlinger, pe care o propune D. Simici, M. Popescu și C. Covăceanu, — în monografia:

«Recherches faites en Roumanie sur la frequence de l'infection du duodénum et des voies biliaires par les lamblias intestinalis» fiindcă drenajul după instilația duodenală de soluție hipertonică de sulfat de Magnesia (proba Meltzer-Lvon a fost suficientă și se obțin bile veziculare (B). Se știe că proba lui Carnot și Gachlinger costă a recolta sucul duodenului sau mai exact bila B., după ce s'a făcut bolnavului o injecție subcutanată de 1 cmc., de retrohipofizină care posedă proprietatea de a contracta vezicula biliară și face să se expulzeze prin acest mecanism conținutul acestui organ în duoden.

Dealtminteri după constatările autorilor mai sus citați pe comparația făcută între cele două probe, a lui Meltzer, Lvon și Carnot și Gaehlinger se demonstrează că prin prima este mai fidelă pentru a descoperi cu maximum de siguranță infecția dudenului și a căilor biliare de lambliile intestinale.

Constatarea lambliilor prin examenul coprologic arată localizația paraziților la nivelul intestinului, simptomatogia apendiculară credem că paote fi datorită unei reacțiuni parazitare la nivelul acestui organ.

Lambliaza, care poate îmbrăca o formă intestinal pură și o formă duodeno-veziculo-hepatică, a realizat în observația noastră, asociația acestor două forme, pe lângă o ascariodoză pe un teren paludic.

Patogenia. — Majoritatea autorilor Carnot, Gilbert, Costex, Felsenreich Satke, sunt de acord, a recunoaște că în maladiile căilor biliare, cele trei eșantioane de bilă provocate conțin lamblii, de obiceiu mai numeroase în bila B., socotită de origină veziculară, decât în bila A (choledociană) și C (hepatică) și uneori exclusiv în bila B. Ei admit deci colecistul ca un rezervor al lambliei.

Toullec crede că după ce a fost injectată vezicula devine la rândul său un rezervor de conservație de unde lamblia ar emigra în intestin.

Marcel Labbé consideră lamblia capabilă de a pătrunde în căile biliare care ar constitui rezervorul lor și ese din timp în timp când vezicula se golește pentru a reinfecta duodenul și intestinul, determinând iritații și inflamații de obiceiu atenuate, iar când se observă inflamația mai adâncă însoțită chiar de supurații, giardia nu va fi singură ci însoțită de bacterii și germeni a căror pătrundere i-ar fi favorizată.

Chantriot socotește că receptorul paraziților în stare saprofitică ar fi adeseori vezicula biliară la purtătorii sănătoși ca și la bolnavi mai ales la cei nevindecați. Prima consecință ar fi angio-cholecystită ocultă sau manifestă, apoi secundar ar urma o enterită. Deaceiași părere sunt Sarbey, Dalsace, Garin, Bernay, Desgeorges, Baumel, Harant și M-lle Vernière care consideră cholecystita lambliară ca localizația probabil cea mai frequentă a lambliazei. In opoziție cu această concepție o serie de autori ca Chiray și Lebon, Holländer, Sidney, Morenas pun în discuție argumentele mai sus menționate. Contestând rolul lambliei în patogenia tulburărilor hepato — biliare. Primii doi nu găsesc lamblii în vezicula unui operat a cărui bilă provocată ar conține un număr de paraziți. Imbogățirea bilei în cursul probei lui Meltzer — Lyon s'ar datori acțiunei sulfatului de magnezie care ar produce o iritație a mucoasei duodenale cu desfacerea paraziților fixați pe aceștea, eliminându-se cu conținutul veziculei biliare în urma reflexului produs. Dealtminteri, s'a contestat origina veziculară a bilei B, a cărei caractere particulare ar tine după Boeck la o modificare a secreției hepatice datorită însă sulfatului de magnezie. La aceste două obiecțiuni s'ar putea replica că eterul cu acțiune iritantă foarte pronunțată, dar fără acțiune chocystokinetică nu mărește numărul paraziților în lichidul de tubaj; că bila B, prin caracterele sale particulare (colorație p. H. bilirubina și Cholesterină) se separă de celelalte bile A. și C., că ar conține acele flocoane mucoase, ramificate sau în spirale adică semnalate în bila recoltată direct încholecist în cursul intervențiilor și servind pentru desvoltarea lambiilor. In plus, rezultatele procurate de proba Schondube practicată în cursul explorației duodenale, confirmă origina veziculară a bilei B., și învadarea veziculei de lamblii.

Carnot și Goehlinger au constatat că injecția intramusculară de pituitrină cu o acțiune cholecystokynetică evitând iritația mucoasei intestinale și apariția de tulburări secretorii de partea ficatului, procură totuși o bilă B., mai bogată în flagele.

Vezicula nu constitue deci în mod sigur contrar părerei exprimate de autorii de mai înainte, un rezervor obișnuit de lamblii, din care aceștia la adăpost de agenții terapeutici se revarsă cu intermitență în tubul digestiv, ci un adăpost ocazional după expresia lui Caïn.

Perzistența paraziților după cholecystectomie în bila recoltată prin tubaj la un bolnav a lui Cain (1928), la un bolnav a lui Cade Cotte și Morenas

(1929) la un bolnav a autoriilor români Goia şi Halitza (1921), la un al patrulea a lui M. Labbé (1932) pledează pentru această din urmă ipoteză în sprijinul căreia pot fi aduse o serie de cercetări experimentale a lui Deschiens (1930).

Lambliile care reuşesc să invadeze căile biliare ale omului, provin din duoden; ele ar pătrunde în choledoc, fie datorită infecţiei acestui conduct prin germenii intestinului, fie cu ocazia stazei pe care o provoacă în caz de duodenită, oedemul ampulei lui Vater (L. Lyon şi Swalin).

După o ipoteză mai plauzibilă, numărul mare de lamblii este susceptibil să provoace un spasm la nivelul sfincterului lui Oddi, provocând staze şi infecţia căilor biliare, prin bacilii coli. Astfel se explică fenomenele de cholecystită hepatică icter. In tot cazul nu trebue să neglijem faptul că în 40% a cazurilor de lambliază se găsesc tulburări hepatice biliare.

Afectarea glandei hepatice de către giardia a fost studiată de M, Labbé Costex, Gardan şi autorii români Goia şi Spârchez. Pe lângă cele demai sus menţionate joacă fără îndoială un rol şi unele substanţe toxice elaborate de lamblii (Westphall şi Georgi, Goia şi Malitza) care sunt rezorbite la nivelul leziunilor intestinale pe care le poate provoca parazitul, rezorpţii capabile de a leza celula hepatică (Cassiere şi Gh. Hariez 1938), un fapt este sigur că până acum nu s'a făcut proba anatomică de prezenţa lamblii în canalele biliare intrahepatice sau în parenchymul hepatic.

PRONOSTICUL

Lambliaza hepatică, biliară şi intestinală, cu toată tenacitatea tulburărilor susceptibile, este în general de prognostic benin. Totuşi în unele cazuri ea poate lua caracter de gravitate şi cauza chiar moartea. Leziunile datorite giardiei pot favoriza emigraţia colibacilului către un organ vecin sau depărtat. Asociaţiile parazitare sau microbiene ca şi tulburările de intoxicaţie pot impune un prognostic rezervat.

Trebuesc reluate în consideraţie complicaţiile tubreculoase (Morénas) şi s'au văzut că ele iau naştere în ţesuturile atinse de leziunea lambiliazei.

Vom semnala cazurile lui M. Labbé unul complicat de colite şi paratiflite supurate, altul evoluând către o hepatită cronică tip de ciroză hipertrofică fragmentară cu terminaţie mortală.

TRATAMENT

Cu Terrial se poate considera giardia singurul protozoar refractar adeseori la orice terapeutică. Nu se cunoaşte tratamentul anti-Lamblian specific. Consideraţiunile care preced ne arată că în prezenţa unui sindrom hepatic biliar asociat cu altul intestinal, să ne gândim la eventualitatea unei lamblize şi descoperirea parazitului va indica o acţiune antiparazitară.

Se va căuta în primul rând să se asigure un drenaj medical şi repetat al căilor biliare, colagoge şi antiseptice uzuale: am prescris bolnavului o cură de urotropină, soluţie Bourget şi clisme reci. S'au făcut tubaje duodenale repetate cu adăugire de sulfat de magnezie (metoda Meltzer — Lyon) pentru a provoca o vidare bună duodenă-veziculară. Rezultatel au fost apreciate în justa lor valoare de Morénas, Jean Pierre Marie, Simici, Popescu şi Covăceanu.

Complectarea tratamentului cu nitrat de bismuth pentru a preveni iritarea mucoasei intestinale.

2. In al diolea rând, neutralizarea alcalinităţii duodenale biliare. Deaorece cum am arătat mai înainte, lamblia găseşte în duoden un mediu favorabil, ne vom sili a transforma acest mediu acidifiindu-l. In acest scop se va prescrie limonadă sau poţiune clorhidrică. Se poate reaminti acţiunea apelor minerale de tipul Châtel Guyon care prin clorura sa de sodiu tonifică musculatura stomacului şi stimulează glandele grastrice ce va favoriza secreţia sucului gastric şi va contribui la acidifierea mediului.

3. Acţiunea anti parazitară va complecta procedeele enumărate.

Chantriot atrage atenţia în special asupra rezultatelor excelente ce se pot obţine cu Arsamentin: injecţii de un 1 cmc., ce repreiznţă 4 ctg. de arsenic şi tot atât de emetină. Se va întrebuinţa 1 cmc., prima zi şi 2 cmc. următoarele şase zile.

Stovarsolul pe cale bucală ne-a dat în cazul nostru rezultate foarte bune. L-am prescris în doze de 3-4 pilule pe timpde o săptămână. Este indicat în formele de chiste şi am obţinut dispariţia parazitului din lichidul duodenal şi materiile fecale.

Acetiliarsenul a fost deasemenea preconizat; el este mai bine tolerat uneori decât Stavarsolul.

Neosalvasamul pe cale intravenoasă a fost de asemenea întrebuinţat (0,15-0,45 gr. în total 3-4 gr.).

Sub acţiunea lui Carnot a văzut disparând parazitul, dar în mod trecător, reproducându-se după două sau trei luni. Rezultatele foarte bune se obţin prin spălături duodenale cu neosalvarsan. Se face tubajul duodenal, se introduce sulfat de magnezie (Metoda Meltzer-Lyon pentru descoperirea lambliilor) pe urmă se instilează neosalvarsanul (0,30 gr. dizolvat 100-200 gr. apă), care s'a dovedit foarte toxic pentru lamblii. Mai recent J. V. Grott a M. Petrynowski (1938) asociat în acelaş scop tratamentul, prin neosalvarsam cu spălături, duodenale cu sulfat de magnezie şi lugol slab.

Yatrenul conţinând 36% iod se prescrie în pilule de 0 gr. 25 în doze de 6-12 pilule pe zi timp de 8 zile. Tubajele duodenale repetate în ritmul de unul pe săptămână cu instalaţie de esenţă de terebentină în suspensiune (5 gr. în 10 cc., de ser fiziologic) au dat rezultate foarte bune lui J., Pierre care a putut distruge anguilile şi larve rabditoide extrem de rebele la ori ce.

Libert într'un caz de lambliază hepatică biliară pare să fi obţinut un rezultat favorabil din întrebuinţarea diatermiii asociate curei medicamentoase, şedinţele de ditermie ar atrage lambliile imobilizându-le, preparând şi întărind astfel indirect acţiunea produsului parazitar administrat. Aceste metode n'au intrat în practică.

Tetrachlorurul de carbon a fost deasemennea preconizat în doza de 2 cm., absorbit pe nemâncate 2 zile consecutive, sub formă de pilule. Se administrează după a doua zi criză 30 gr. sulfat de magneziu. Pe baza succeselor obţinute de prof. Galle din Lausanne cu atrebrin în tratamentul lambliazei. Pierre Martin din Châtel Guyon a încercat quinacrina, produs identic cu atrebrina. Pe 54 cazuri tratate de autor în 51 de cazuri paraziţii au dispărut din scaun.

Durata tratamentului 5 zile cel puţin, 8 zile cel mult, repaos 3-4 zile, în doza de maximum 30 gr. pe zi pentru adult în comprimate de 0.10 gr., de înghiţit la mijlocul meselor, sau în soluţii injectabile (0 gr. 10 ct., 0.30 gr.).

In general se va reînoi cura de tratament activ în două sau trei reprize cel puţin, separate printr'un interval de o lună.

Intre tratamentele de atac se preconizează cure de întreţinere cu carbonat de bismuth în doze ridicate de 10 grame cu mucilaje, — agar-agar care după Morénas ar împiedica desvoltarea flagelatelor. De asemenea pentru purtătorii sănătoşi se recomandă la fiecare 3 luni cure de întreţinere cu stovarsol, treparsol, Sanluol, Cresentyl sau bismut, totul periodic complectate cu examene coprologice sau tubaje duodenale, cu cercetările parazitare pentru controlul rezultatelor.

Cu toate tratamentele de atac, curele de întreţinere drenajul duodenal-biliar, există numeroase cazuri în care lambliaza persistă; ea apare ca una din cele mai rebele dintre parazitozele digestive.

Antisepticul chimioterapeutic

Rivanol

pentru antisepsia profundă şi superficială a plăgilor; contra tuturor cocilor supurativi

In procese infecţioase şi supuraţii localizate, injecţiuni circulare, irigaţiuni şi tamponări.

Admis şi întrebuinţat în serviciile Casei de Asigurări Sociale din România

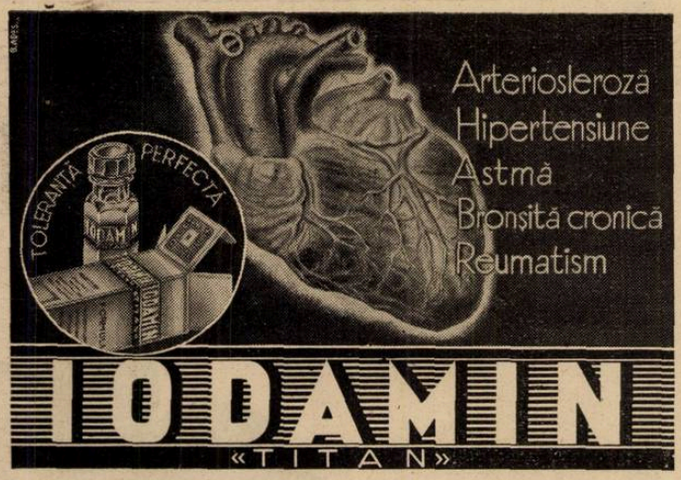
BAYER

»Bayer«

LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:

»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.

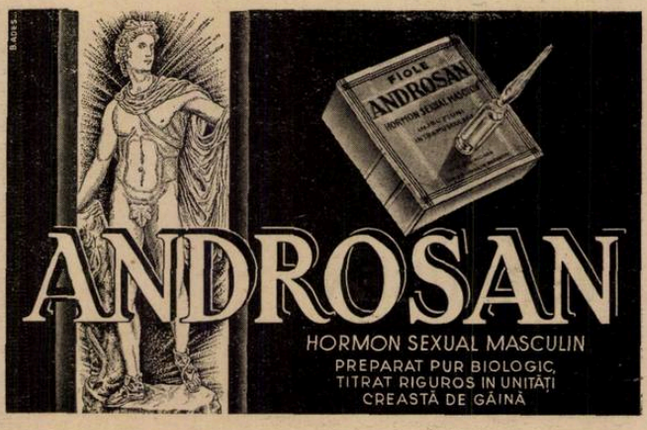


VAXA Dr. BOUCARD

FIOLE BUVABILE

BULION—VACCIN POLYMICROBIAN și POLYVALENT
INFECȚIUNI INTESTINALE, COLIBACILOASE, ENTEROCOCCII, COLITE, ENTERITE

DOZE { **Adulți : 2 Fiole pe zi**
Copii : 1 „ „ „



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel. : 5.51.51

Rupturile traumatice ale intestinului subţire în abdomen închis

Dr. POPESCU AURELIAN, Medic-secundar
VASILIU VLAD şi ROŞA PETRE
Interni ai Spitalelor Eforiei.

In cazul unui traumatism abdominal, medicul este pus în faţa unei probleme greu de rezolvat şi de a cărei rapidă soluţionare depinde viaţa bolnavului. Un traumatism abdominal produce o stare de şoc imediată, fără leziuni ale organelor obdominale, când intervenţia chirurgicală este inutilă şi dăunătoare; poate produce leziunea unui organ intraperitoneal plin (ficat, splină), sau extraperitoneal (rinichi), sau a unui organ gol (intestin, stomac, vezică). Dacă o ruptură de ficat sau splină este însoţită de simptome imediate cari comandă intervenţia, nu tot aşa este în cazul unei leziuni a intestinului subţire, unde simptomele alarmante pot apărea tardiv, indicaţia operatorie se pune foarte des târziu, iar bolnavul nu mai beneficiază de intervenţia chirurgicală. Cum în traumatismele abdominale fără leziuni ale peretelui, intestinul subţire este cel mai des lezat dintre organele cavitare.

Grant-Massie dă o frequenţă de 76%, iar *Wys* 82% rupturi ale jejuno-ileonului în leziunile traumatice ale tubului digestiv. Leziunile nu sunt întâlnite cu o frequenţă egală pe diferitele porţiuni ale intestinului subţire. Cele mai dese se găsesc pe jejun, pe o distanţă de 1,20—1,30 m. dela unghiul duodeno-jujenal şi cu atât mai frequente cu cât ne apropiem de unghiu; vin apoi leziunile ileonului, etajate pe ultima porţiune de 1,30 m. şi mai frequente cu cât ne apropiem de coec. Intre aceste două porţiuni vulnerabile este o zonă de circa 4 m. de intestin în care nu s'au observat leziuni şi asupra căreia traumatismul nu are influenţă. Această repartizare a leziunilor este datorită apropierei de coloana vertebrală a primelor trei anse jejunale şi faptului că ultimele două anse ileale, urcând din bazin, se apropie de promontoriu şi de simfiza sacro-iliacă dreaptă. Agentul vulnerant prinzând peretele abdominal în stare de repaus şi acţionând perpendicular sau oblic înapoi şi înăuntru, striveşte aceste anse de planul profund osos.

Sunt 3 mecanisme de producere a leziunilor intestinale în contuziile abdominale: prin smulgere, prin sdrobire şi prin explozie. Există contuziuni simple cari pot duce la mortificarea şi perforaţia tardivă, rupturi complecte sau incomplecte, leziuni ale mezenterului sau asociate cu ale altor organe. Ceiace măreşte gravitatea leziunilor intestinale este simptomatologia uneori ştearsă la început. Medicul practician nu pune diagnosticul de leziune a intestinului, iar când se instalează semnele unei peritonite, atunci intervenţia chirurgicală e cel mai adesea tardivă. *Cogniaux* insistă asupra benignităţii aparente a semnelor clinice în orele cari urmează accidentul; şocul e variabil, dar în general puţin marcat; contractura parietală, semn de alarmă esenţial, poate lipsi sau se instalează lent. *W. Braun* dă un caz în care contractura n'a apărut decât după 6 ore, *Sommer* cazul unui foot-ballist contuzionat în timpul jocului, care termină partida, joacă alta, seara vine pe jos la spital pentru că nu poate urina; prin cateterism se găseşte urină normală; timp de două zile are stare generală bună; a 4-a zi apare contractura, care nu e netă decât a 5-a zi; operat, se găseşte o perforaţie necrotică a intestinului subţire şi sucombă.

Cogniaux crede că alcalinitatea conţinutului intestinal nu provoacă decât o iritaţie peritoneală minimă, contrariu conţinutului gastric, care dă dintr'odată contractură accentuată. Barioscopia nu dă semne precise. In 5 cazuri, acelaş autor nu a găsit decât odată semiluna clară subdiafragmatică. *Sommer* susţine că o hiperleucocitoză considerabilă deodată (14-20000) şi care se ridică, impune intervenţia fiindcă există leziuni viscerale. In contuziunile abdominale fără leziuni viscerale ar fi o hiperleucocitoză moderată (10-12.000) şi de scurtă durată (12-48) ore. Gravitatea leziunii depinde de intensitatea traumatismului, constituţia rănitului, iar prognosticul în special de timpul scurs înaintea intervenţiei. *Homar* dă pe 16 cazuri 6 vindecări, *Counseller* şi *Mc. Cormack* pe o statistică de 1183 cazuri, o mortalitate totală de 73,4%, din care la cei operaţi 60,7%.

Dăm observaţiile a 5 cazuri tratate în decurs de 2 ani în spitalul *Boldescu* din Ploeşti, de sub conducerea d-lui Dr. Mircea Bottez.

Obs. I. Gh. N. E., 30 ani, internat la 4-3/1938, pentru: dureri abdominale predominând în epigastru, vărsături sanguinolente. Cu 12 ore înainte a fost lovit în abdomen de oiştea unei căruţe. La examen: durere şi contractură generalizate abdominale, dispnee, cianoză, puls 140, filiform.

(Dr. Georgescu Dr. Mănescu). Cloroform. Laparotomie mediană supra şi subombilicală. La deschidere, abdomenul plin cu sânge şi seriozitate sanguinolentă, filantă. Jejunul în porţiunea incipientă sdrobit în mai multe locuri. Hematom mare subperitoneal. Rezecţia segmentului de intestin interesat şi anastomoza termino-terminală cu ultima porţiune a duodenului. Toaleta cavităţii, drenaj larg. Bolnavul sucombă.

Obs. 2. P. T., 25 ani, internat la 17.3 1938, pentru: vărsături şi dureri abdominale generalizate. Cu câteva ore înainte a fost lovit cu o rangă de fier în regiunea epigastrică. La examen: contractură abdominală generalizată, puls 100, regulat. Rachinovocainã. (Dr. Dimitriu-Dr. Mănescu). Laparotomie supra şi subombilicală. La deschiderea cavităţii abdominale se găseşte o abundentă cantitate de lichid intestinal sanguinolent. Pe prima ansă jejunală o ruptură cât o piesă de doi lei. Se suturează ruptura în două straturi cu in. Pe celelalte anse jejunale echimoze şi deperitonizări mici, cari se repară prin câteva puncte de sutură. Toaleta cavităţii, drenaj larg a lojilor parieto-colice. A 4-a zi scaun spontan, a 5-a zi congestie pulmonară care ţine până în ziua 13 — a. Pleacă vindecat la 17.4.1938.

Obs. 3. T. A., 33 ani, internat la 2.10 1938, pentru: dureri abdominale generalizate, vărsături, oprirea complectă a materiilor şi gazelor. Cu 24 ore înainte a fost lovit cu oiştea unei căruţe în abdomen şi prins între oişte şi un zid. Stare de şoc puternică. Işi revine dar acuză mari dureri abdominale. La examen: facies peritoneal, contractură abdominală generalizată, dispariţia matităţii hepatice, puls 110, slab, regulat. Rachinovocainã. (Dr. Dimitriu-Dr. Teodoriu). Laparotomie mediană subombilicală. La deschiderea cavităţii abdominale se găseşte lichid serosanguinolent şi materii fecale. A doua ansă jejunală net secţionată circular, mezenterul sfâşiat pe 3-4 cm. profunzime. La 15 cm. mai jos, o pierdere de substanţă pe mezenter care nu mai asigură vascularizaţia segmentului de ansă respectiv. Rezecţia segmentului de ansă interesat, entero-anastomoză latero-laterală. După toaleta cavităţii, drenaj larg. A 4-a zi scaun spontan. A 10-a zi congestie pulmonară bilaterală. Sucombă a 17-a zi.

Obs. 4, G. R., 14 ani, internat la 1.8. 1940. Cu 24 ore înainte a fost lovit de un cal cu copita în abdomen. Vine la spital cu dureri abdominale, vărsături. La examen: stare generală proastă, febril, puls 120, dispneic, contractură abdominală generalizată.

Laparotomie mediană supra şi subombilicală (Dr. Popescu-Dr. Pop). Cloroform. La deschiderea abdomenului, se găseşte o mare cantitate de lichid intestinal mirositor. Intestinul subţire e congestionat şi acoperit cu false membrane. Pe o ansă a ileonului, aproape de terminaţia sa, se găseşte o perforaţie cât o

piesă de 2 lei, care se suturează în 3 straturi. Toaleta cavităţii, ser antiperitonitic, drenaj larg. A 6-a zi apar fenomene de broncho-pneumonie, cari începează a 20-a zi. Pleacă din spital vindecat la 1.9.1940.

Obs. 3. C. D., 45 ani, internat la 30.9. 1940, pentru: dureri abdominale, vărsături, oprirea materiilor şi gazelor, stare subfebrilă. Cu 36 ore înainte a căzut cu bicicleta şi s'a lovit cu ghidonul în abdomen. Şoc puternic. Dureri abdominale continui. Un medic pune diagnosticul de contuzie simplă. Cu aceleaşi fenomene vine la spital. La examen: constituţie bună, puls 88 regulat, contractură abdominală generalizată, mai accentuată în jumătatea dreaptă. Laparotomie mediană subombilicală. Rachinovocaină cu cafeină. (Dr. Popescu-Dr. Pop). La deschiderea abdomenului, se găseşte în cavitatea peritoneală lichid turbure, mirositor. Ansele congestionate, cu false membrane şi aderenţe, luciul dispărut pe toată întinderea. Aproape de terminarea ileonului, două orificii cât boabele de porumb, situate pe o porţiune contuzionată de intestin cât o piesă de 2 lei. Se excizează partea contuzionată şi se suturează transversal în 2 straturi. După toaleta cavităţii, ser antiperitonitic, drenaj larg. A 5-a zi balonare abdominală, care nu cedează la medicaţie decât în parte (ser hiperchlorurat, esmodyl, prostigmine). A 10-a zi vărsături frequente, balonare abdominală accentuată, puls frequent. Uree 0,74 gr. la ‰. Se creiază o fistulă intestinală prin plaga operatorie şi se introduce o sondă Nélaton. Din intestin ies sub presiune gaze şi lichid. A doua zi abdomenul e suplu, prin fistulă ies materii fecale lichide. Bolnavul începe să se alimenteze. Uree 0,50 gr. la ‰. A 13-a zi are scaun spontan pe căile naturale, fistula se închide şi pleacă vindecat la 19.9.1940.

Concluziuni. — Rupturile traumatice ale intestinului subţire în abdomen închis sunt leziuni frequente, grave, cu mortalitate mare. Simptomatologia este foarte adesea ştearsă, contractura se poate instala tardiv. O contuzie abdominală trebuie cât mai urgent dirijată către chirurg. Contractura comandă intervenţia imediată, însă în cazuri îndoielnice trebuie făcută laparotomia exploratrice, mai ales atunci când simptomele apărute nu sunt explicabile prin leziunile externe; numai astfel vom putea avea un diagnostic precis în aceste cazuri şi face un tratament eficace. Leziunile având sediul de predilecţie la începutul jejunului sau terminarea ileonului, se vor explora aceste regiuni, evitând eviscerarea totală, care măreşte şocul. După importanţa leziunii se va face înfundare, sutură, rezecţie, cu drenaj larg.

Vitamina C în fructele indigene proaspete cât şi după un anumit timp şi fel de conservare[1)]

Dr. MARIA MAXIM
Chimistă şef

şi

Dr. GEORGE BORŞ
Asistent universitar

Transformarea celor 3 principii fundamentale de nutriţie: substanţe albuminoide, grase şi zaharoase în corpi asimilabili organismului nostru se face cu ajutorul a cantităţi infime de derivaţi organici care au primit denumirea de catalizori biologici şi sunt reprezentaţi prin: vitamine, hormoni, enzime.

Prezenţa şi importanţa vitaminelor a fost pentru prima oară recunoscută de *Casimir Funk* şi denumite astfel datorită presupunerei că ele ar fi nişte amine absolut necesare vieţei. Astăzi, în urma cercetărilor atâtor savanţi s'a ajuns la cunoaşterea exactă a constituţiei majorităţii acestor agenţi biologici şi se ştie că ei sunt compuşi organici aparţinând claselor de: hidraţi de carbon, sterine, flavine, piridine etc.

Numărul vitaminelor fiind nelimitat, pentru o mai uşoară orientare s'a făcut clasificarea lor: după solvarea lor în apă (hidrosolubile), sau în substanţe grase (liposolubile), cât şi după caracterul biologic şi terapeutic al acţiunii lor numindu-se: vitamină antiscorbutică, antianemică, antipelagrică etc.

Vitamina C, sau vitamina antiscorbutică, sau acidul ascorbic este o vitamină hidrosolubilă, ce se prezintă sub forma de cristali albi aciculari, uşor solubili în apă, greu solubili în alcool. Soluţia apoasă este foarte nestabilă fiind uşor oxidată de oxigenul din aer. Soluţiile acide sunt cele mai rezistente. Ea se găseşte foarte răspândită în legume şi fructe, în deosebi în: ardei (capsicum anuum), varză, lămâi, portocale, căpşune, fragi, mere, atât în stare liberă cât şi sub forma de compuşi dubli. Constituţia moleculei vitamini C a fost stabilită atât de *Haworth* şi *Hirst* cât şi de *Karrer* şi *Reichstein* dovedindu-se a fi un acid hexonic, cu funcţiuni lactonice şi cetonice. Prezenţa acestor ultime grupuri, caracteristice hidraţilor de carbon, dau caracterul instabil şi proprietatea oxidoreducătoare asemănătoare catalizatorilor care mijlocesc dezagregarea moleculelor mari, înlesnind schimburile intime şi nutriţia celulelor. Astfel s'a dovedit că vitamina C joacă un rol important în asimilarea zaharurilor, înlesnind funcţia hepatică, pancreatică şi suprarenală.

Din fenomenele patologice manifestate în urma deficienţei acestei vitamine, se pot trage concluzii asupra importanţei prezenţei ei în organism. Lipsa de acid ascorbic dă loc la apariţia scorbutului, maladie ce o găsim pomenită încă din scrierile secolului al XIII la acei ce sunt siliţi de a călători timp îndelungat pe vapoare alimentându-se cu conserve şi la care s'a observat că simptomele patologice de: gingivite, lipsă de poftă de mâncare, apatie, dispar odată cu introducerea unei alimentaţii cu legume şi fructe proaspete. Vitamina C este un regulator al formaţiei oaselor, în special al dinţilor. Tot ea influenţează rezorbţia şi permeabilitatea pereţilor intestinali, activează fermenţii şi ia parte la producerea pigmenţilor. De remarcat este şi legătura strânsă care s'a observat între prezenţa vitaminei C în alimentaţia zilnică şi rezistenţa organismului uman faţă de infecţiile gripale şi laringee: astfel se explică afluenţa acestor cazuri de infecţii în lunile de primăvară atunci când legumele şi fructele conservate au pierdut majoritatea conţinutului lor în vitamină C iar acele proaspete sunt prea scumpe spre a fi la îndemâna tuturor.

Organismul nostru neavând proprietatea de a sintetiza vitamina C suntem nevoiţi a împrumuta această substanţă atât de necesară echilibrului biologic de la legumele şi fructele cu care ne alimentăm. S'a stabilit că în mediu avem nevoe zilnic de 50—60 mgr acid ascorbic cifră care în cazuri de dificienţe poate fi cu mult depăşită ajungând chiar şi 3—500 mg. pe zi, dat fiindcă organismul nostru nu poate forma rezerve de această vitamină, probabil datorită labilităţei ei.

Partea experimentală. Am dozat vitamina C în fructele indigene coapte, folosind metoda Tillmans care constă în titrarea cu o soluţie de 2,6 diclorfenolindofenol care a fost în prealabil standardizată cu o soluţie cunoscută de acid ascorbic. Extragerea acidului ascorbic din fruct se face cu o soluţie 10% de acid triclorazetic. Fructele au fost alese din cele mai bune ce se găsesc pe piaţa noastră, complect mature. In tabelul 1 redăm cifrele obţinute din media a 3 titrări pentru fiecare fruct. In tabelul 2 redăm conţinutul în vitamină C a aceluiaş fruct la diverse epoci ale anului, adică în fructul proaspăt cât şi în acel conservat în mod obişnuit. In tabelul 3 redăm datele obţinute de la aceleaşi fructe conservate: 1. la frigorifer la o temperatură de 3—0°, cât şi 2. la temperatura camerei adică la 25—28°.

1) Laboratorul de Chimie farmaceutică al Universităţi, Bucureşti.

TABLOUL I

No.	FRUCTUL	Acid ascorbic exprimat în mg. la 100 gr. fruct. (cifra medie).
1	Căpsuni:	67,19
2	Coacăze:	15,18
3	Fragi de pădure:	69,72
4	Agrişe:	23,51
5	Afine:	8,32
6	Smeură:	22,11
7	Mure:	14,24
8	Cireşe albe:	12,00
9	Cireşe negre:	12,30
10	Vişine:	12,63
11	Zarzăre:	5,16
12	Caise:	7,07
13	Corcoduşe:	4,90
14	Piersici:	8,80
15	Prune:	5,44
16	Prune galbene:	5,60
17	Pepene galben:	17,16
18	Pepene verde:	17,81
19	Gutui:	10,16

TABELUL II

No.	FRUCTUL	Septemb.	Decemb.	Ianuarie	Februarie
1	Mere (domneşti).	6,02	4,20	3,92	2,26
2	Pere (bergamote).	4,16	3,01	2,28	1,16
3	Struguri albi. (coarnă albă)	5,60	4,90	3,30	1,62
4	Struguri negri. coarna (neagră)	6,07	5,80	3,06	2,09

TABELUL III

No.	FRUCTUL	Conservate timp de o săptămână la frigorifer (3–0°)						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
1	Mere (vărateee)	6,20	6,00	5,80	5,00	4,80	3,80	1,60
2	Pere (perişoare)	4,10	3,90	3,80	3,00	2,80	1,60	0,95
3	Caise	5,60	5,00	4,80	3,80	3,00	1,60	altera
		Conservate timp de o săptămână la temper. ordinară a camerei 25-28° C						
		I	II	III	IV	V	VI	VII
1	Mere (vărateee)	6,25	6,10	5,50	4,90	3,90	2,00	1,40
2	Pere (perişoare)	4,05	3,90	3,20	2,60	2,30	1,20	0,90
3	Corcoduşe (mirabele)	4,70	4,25	3,50	3,00	2,90	2,00	1,05

Concluzia. Din datele obţinute reesă cât este de important pentru nutriţia noastră de a consuma fructele cele mai proaspete şi a evita obiceiul unora de a cumpăra odată pe mai mult timp. Căci vedem că chiar conservarea la gheţar nu împiedică oxidarea vitaminei C şi pierderea ei în timp relativ scurt de 8 zile. Pentru a avea un folos cât mai real din alimentaţia noastră este bine a consuma zilnic fructe proaspete, şi a evita în lunile de vară folosirea poamelor conservate sau alterate. Cu cât fructul e mai de curând culeş de pe pom, cu atât conţinutul lui în vitamina C este mai mare.

SULFAMIDELE ŞI FICATUL *)

de Dr. A. PĂUNESCU PODEANU şi Dr. AL. APOSTOL

Influenţa medicaţiei sulfamidice asupra ficatului constitue încă o chestiune nelămurită prin cunoştinţele actuale ale medicinei. Materialul de observaţiuni şi cercetări privind această problemă este destul de bogat şi de variat, dar e neconcludent. S'a lucrat mult în această chestiune dar rezultatele sunt variate şi nu par, fi o concluzie satisfăcătoare, fermă. După unele din aceste date, ficatul este foarte sensibil la acţiunea sulfamidelor şi poate suferi alteraţiuni uneori extrem de grave .După alte cercetări, ficatul ar rămâne indiferent, neinfluenţat de sulfamidoterapie chiar în doze masive.

Infine s'au semnalat cazuri în care medicaţia sulfamidică a influenţat favorabil stările patologice ale glandei hepatice, ameliorând diferitele sale funcţiuni aflate în deficit.

Probe inventerând posibilitatea unei alteraţiuni hepatice prin sulfamidoterapie sunt atât pe teren clinic cât şi pe teren experimental.

Durel (Bull. Soc. fr. dermat. syphil No .8-1937), Pallazoli şi Bovet (Presse med. No. 6-1938), Benda (Bull. Soc. med. hôp. Paris No. 28-1937), Decoux (Journ. Belge d'Urol. 2-V-1938), Desidrius (Derm .Wschr. No. 4-1938), Korn (Med. Welt No. 1-938) Martin şi Delaunnay (Ann. med-chir. No. 3-1938) au semnalat cazuri de alteraţiuni hepatice survenite în timpul tratamentului sulfamidic, manifestate prin icter sau subicter sau puse în evidenţă prin unele probe de laborator. Harvey şi Janneway (Journ. Am. med. Ass. VI 1937 p. 12) au găsit la o bună parte din bolnavii lor, o netă diminuare a eliminării bromsulfonftalenei, după sulfamide. Niescher (Schw. med. Wschr. No. 26-1940) a observat producându-se icter în 5 din 78 de cazuri tratate cu Rodilone şi într'un caz din 421 tratate cu Dagenam. Atingerea hepatică poate ii uneori foarte serioasă şi poate ajunge la forme de manifestare mai severe şi mai dosebite. S'au citat hepatite toxice grave, unele ajunse la atrofie galbenă cu sfârşit letal, altele terminate prin vindecare (pentru primele: Bannick, Brown, Foster-Journ. Am med. Ass, 1938 p. 770 ; Garvin-Idem p. 2283; Cline-Idem p. 2384; Fitzgibbon şi Silver-Californ. med. J. 1939 p. 123; Ottenberg-Journ. Mount Sinai Hosp. No. 6-940; Gottron Zbl. inn. Med. 1939 p. 93; iar pentru următoarele: Saphirstein-Ur. Rew. Am. 1938 p. 101; Gertler-Derm. Wschr. 1938 p. 725).

Mai totdeauna afecţiunile hepatice determinate de medicaţia sulfamidică se însoţesc de eritrodermia exfoliatrice, de temperatură, anemie.

Hepatita sulfamidică poate apare uneori târziu. In cazurile re'ate de Benda şi de Pallazoli, icterul a apărut între a 12-a şi a 17-a zi de tratment. S'au semnalat uneori ictere apărute după 40 de zile dela ultima administrare de sulfamide, apropiindu-se deci de icterele tardive postsalvarsanice.

După alţi cercetători, s'ar părea însă, că sulfamidele sunt de o inocuitate absolută faţă de celula hepatică. Studiul întreprins de Schmidt ar pledà pentru acest punct de vedere (Kl. Wschr. No. 28-1939). Cercetând în 29 de cazuri celula hepatică după administrare de Uliron, prin proba Bauer, curba glicemică, urobilinogenul, tirozina şi leucina în urină, Schmidt a ajuns la concluzia că funcţiile celulei hepatice se influenţează foarte rar şi slab, chiar la administări prelungite. Mai ales când celula e dela început normală, nu se produc modificări. In două cazuri cari prezentaseră diferite fenomene toxice după administrarea sulfamidelor, ficatul a rămas neturburat. Constatări analoage a mai făcut şi Fischer, explorând ficatul prin studiul urobilinogenuriei şi al aminoaciduriei (Ztschrf. f. ärztl. Fbdg. No. 12-1938).

Ba mai mult decât atât. S'au putut observa cazuri când terapia sulfamidică a ameliorat perturbaţii hepatice produse anterior prin toxine microbiene sau chimice. Scherber a publicat câteva cazuri de icter gonotoxic (ictere apărute în cursul unei gonococcii ca consecinţă a acesteia), favorabil influenţate de medicaţia sulfamidică. (Wien. med. Wschr. No. 49-1937). Waniek a confirmat aceste fapte, arătând prin proba galactozuriei provocate, influenţa favorabilă a preparatelor sulfamidice asupra celulei hepatice turburată prin gonotoxină (Med. Kl. No. 19-1939). Un caz asemănător, atestând această acţiune favorabilă, are şi Schmidt între cele 29 de cazuri cercetate, despre care am vorbit mai sus. In fine, recent Buckreus (Müunch. med. Wschr. No. 13-1940) a relatat observaţia unui bolnav gonoreic, care face în urma administrării unui preparat pe bază de sulfoxid un icter; administrarea mai departe de Albucid până la o doză de 54 gr. nu aduce nici o neplăcere în plus, nu agravează icterul şi aces-

*) Clinica III-a medicală terapeutică; Prof. Dr. *Dumitrescu-Mante.*

ta se vindecă chiar, odată cu gonococcia.

De-alminteri întrebuinţarea cu folos şi fără pericole a terapiei sulfamidice în unele procese patologice hepatice, vine să sprijine noţiunea de relativă inocuitate a acestor preparate faţă de ficat. Bohland (Fschr. Ther. No. 7-1938) a vindecat o serie de angiocolecistîte acute destul de severe prin sulfamidochrisoidină. Mancke cu Plötner şi Siede au vindecat deasemeni colangite acute cu acelaş tratament şi observă în unele cazuri o ameliorare netă a probei galactozei, după el. (Münch. med. Wschr. No. 43-1939). Iar Felix Quitter la noi în ţară (Cluj med. No. 8-1937) a vindecat un icter infecţios acut în 4 zile, printr'un tratament sulfamidic intens.

Se pare deci că medicaţia sulfamidică nu numai că nu vatămă, dar poate aduce foloase apreciabile terapiei în diverse hepatopatii, de aceia a fost adoptată de mulţi medici în tratarea acestora. Şi au fost citate cazuri când chiar atingeri hepatice severe s'au arătat perfect compatibile cu sulfamidoterapia, sub supraveghere însă (Cleveland-Proc. Staff Meet. Mayo Clin. p. 680-1938; Buckreus op. cit.).

Date fiind aceste date contradictorii care rezultă din literatura medicală actuală şi din dorinţa unei documentări personale, am întreprins în clinica terapeutică (Prof. Dumitrescu-Mante) o serie de cercetări în această chestiune. La 21 bolnavi supuşi unui tratament sulfamidic cu diverse preparate, am cercetat starea funcţională a ficatului înainte şi după cură. Am luat drept teste proba galactozuriei provocate a lui Bauer (folosind technica modificată a lui Fiessinger, Thiebaut, Dierryck) şi bilirubinemia.

Rezultatul brut al cercetării noastre poate fi prezentat astfel:

Proba galactozuriei a suferit o modificare în sens deficitar în 16 din 20 de cazuri (4/5). In 12 cazuri alteraţiunea era medie, în 4 a fost chiar mai serioasă. Numai în 4 cazuri din 20 (adică în proporţie de 1/5), ea nu arăta deficit funcţional în urma tratamentului, faţă de starea iniţială. In 2 din aceste cazuri (adică 1/10) s'a produs chiar o ameliorare a galactopexiei.

Bilirubinemia a fost mai rar şi mai slab influenţată: numai în 7 din 16 cazuri în care ea a fost dozată, ea a crescut uşor.

Rezultă aşadar, din cercetarea noastră, că ficatul reacţionează în mod diferit — dela caz la caz — faţă de medicaţia sulfamidică. In mod obicinuit, sulfamidoterapia provoacă o alteraţiune funcţională uşoară hepatică. Mai rareori alteraţiunea este destul de severă, sau — din contra — nulă (ficatul rămâne indiferent); ba sunt cazuri şi mai rare, când ficatul suferă chiar o ameliorare funcţională sub influenţa preparatelor sulfamidice.

Nu se poate stabili o corelaţiune între sensul modificărilor produse ficatului şi preparatul folosit, sau dozele întrebuinţate. Se pare că susceptibilitatea individuală este aceia care dirijează răspunsul hepatic la sulfamide.

Rezultatul cercetării noastre concordă admirabil cu datele literaturii medicale citate şi dă sens variaţiunilor extreme de reacţiune hepatică observate în clinică. Impreună se încadrează perfect într'o formulă de ansamblu, cu suport numeric, procentual. Concluzia generală poate fi deci astfel formulată:

Comportarea celulei hepatice faţă de preperatele din seria sulfamidică este foarte diferită dela caz la caz. Nu există un mod unitar de reacţiune şi nu se poate prevede, dela individ la individ, care va fi sensul reacţiunii hepatice. Acesta nu ţine nici de preparatul utilizat, nici de doze, nici de momentul administrării ei — probabil — de susceptibilitatea individuală.

Gama variaţiunilor reacţionale este extrem de întinsă: dela modificările cele mai grave, la cele mai favorabile. De cele mai mai deseori, celula hepatică este defavorabil influenţată de tratamentul sulfamidic, dar într'un grad uşor, care scapă aprecierii clinice şi numai rareori are o expresiune manifestă (icter, subicter, fenomene uşoare sau medii de insuficienţă hepatică). In mod obicinuit trebue să contăm deci, în ce priveşte ficatul, pe modificări uşoare, funcţionale, neevidenţiabile decât prin probe de laborator (aşa cum arată cercetarea noastră). Formele reacţionale extreme sunt cu mult mai rare: accidentele hepato-toxice grave ca şi schimbările spre ameliorare sunt modalităţi de excepţie.

Astfel stând lucrurile, regulilor de comportare ale medicului la instituirea unui tratament sulfamidic se adaugă prudenţa şi atenţia faţă de ficat, mai ales când e vorba de un ficat dinainte suferind, meiopragic. Iar în cursul tratamentului, observaţia şi controlul permanent al bolnavului sunt iarăş absolut necesare.

Tratamentul reumatismului prin injecţii intravenoase de Novalgin asociat cu Endojodin

de Doc. Dr. Stoia şi Intern Dr. Noaghea

Dacă în reumatismul Bouillaud salicilatul în doze masive, sau Pyramidonul dau rezultate bune, în majoritatea cazurilor în celelalte forme de reumatism acut precum şi în reumatismul cronic, tratamentul este foarte dificil, deoarece trebue să cunoşti cauza ca să poţi îndepărta efectul.

In serviciul nostru din spitalul «Prof. Dr. I. Cantacuzino» unde problema reumatismului ne preocupă în deosebi, având cazuri de reumatism acut şi sub-acut focal-toxic şi reumatism cronic, am crezut că în afară de tratamentul cauzal, să tratăm şi simptomul durere, pentru care veniseră bolnavii. Contra durerilor am făcut injecţii intravenoase de «Novalgin» simplu sau uneori asociat cu câte 0,002 mg. de morfină, iar după ce febra a scăzut, am adăogat şi injecţii de «Endojodin» intravenos.

Am început cu injecţii intravenoase de Novalgin simplu sau asociat cu 0.002 mg. morfină, care ne-au dat rezultate prompte în algiile reumatismale cele mai atroce, la care am mai adăugat Endojodin făcut tot intravenos. Pentru relevarea celor de mai sus vom da, în mod succint, câteva foi de observaţiuni dintre cazurile noastre:

1. **Reumatism cronic progresiv deformant.** Bolnavul G. T., 39 ani cu prinderea tuturor articulaţiilor. Exudat în articulaţiile tibio-tarsiene, deformaţii ale articulaţiilor inter-falangiene, anchiloze multiple. Boala durează din 1928. Durerile cele mai intense sunt în articulaţiile metatarso-falangiene dela ambele mâini şi articulaţia coxo-femorală stângă. In celelalte artic. durerile apar numai în timpul mişcărilor. Ca tratament am făcut 5 injecţii intramusculare cu Novalgin câte 1-2 pe zi şi zece injecţii cu Endojodin intravenos, după care durerile au diminuat mult.

2. **Reumatism infecţios focal toxic.** Bolnavul M. J. de 45 ani cu dureri articulare generalizate, febră. Blenoragie la 22 ani, numeroase puseuri de amigdalită, reumatism poliarticular acut acum 2 ani. De două săptămâni prezintă dureri articulare generalizate. I s'au tumefiat articulaţiile tibio-tarsiene. Febră (38—39°), impotenţă funcţională a membrelor sup. şi inf.

SPASMOSÉDINE

SEDATIV CARDIAC

Acţiune sedativă simultană asupra sistemului nervos intra şi extra cardiac. Acţiune antispasmodică şi vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial şi îndeosebi asupra sistemului coronar.

Phenylethylmalonyluree .	0,015
Bromhidr. chinin. . . .	0,05
Extr. Crataeg. stab . .	0,05

Doza mijlocie: 1—2 drageuri la prânz şi seara înaintea meselor.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC

O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permiţând acesteia din urmă să exercite o acţiune mai rapidă, mai intensă şi mai durabilă.

Nici o obişnuinţă chiar în timpul curelor prelungite şi continue.

15 picături = $^1/_{10}$ mg. digitalină crist. + $^2/_{10}$ mg. ouabaină crist. Doza mijlocie: 20—30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroză, eczeme, acnee, foliculite, furunculoză, urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa reprezentanţei generale Bucureşti, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii intramusculare în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Stare prezentă: Constituţia bună şi staţiunea imposibilă, amigdalele mărite şi congestionate, mişcările reduse în general la toate articulaţiile. Am făcut cinci injecţii câte una pe zi intravenoase cu Novalgin iar după scăderea temperaturei, Endojodin. După şase injecţii bolnavul a părăsit patul putând să-şi reia ocupaţiile.

3. **Lombo-sciatică stângă.** Bolnava L. E., de 43 ani. Acum 5 ani a avut o scurgere albă. Acum 3 luni bolnava acuză dureri mari în regiunea lombară iar după câteva zile dureri dealungul membrului inf. stg. Nu putea să se ţină pe picioare nici să umble. Stare prezentă: Dureri la emergenta sciaticului. Lassegue. Dureri în muşchii reg. lombare. Reflexele rotuliene abolite. Nu prezintă fibrilaţii. R. Wasserman + + Nonne Apelt şi Pandy slab pozitive în l. c. r. Elementele celulare 1,5 pe cmc. Tratament: 10 băi alcaline, tratament antispecific o serie. 10 injecţii de Endojodin intravenos şi 5 injecţii de Novalgin intramusculare zilnice. Durerile sunt foarte atenuate, bolnava poate merge cu uşurinţă fără să schiopăteze.

4. **Sciatică nevralgică stângă.** Bolnavul D. T. de 38 ani. Blenoragie la 18 ani, şancru moale la 20 ani. Intensitatea cea mai mare a durerii este pe faţa ext. a gambei cu iradiere către plantă. Poate merge cu greutate, nesusţinut. Tratament: Injecţii Novalgin 5 cmc + morfină 0,002 gr. intravenos timp de 5 zile câte una pe zi. După fiecare injecţie durerile dispar complect timp de 8-10 ore. I se dă apoi sulfat de sodiu la 2 zile. După 10 zile a putut să-şi reia ocupaţiile.

5. **Reumatism infecţios-focal toxic.** Dureri, tumefacţie şi roşeaţă a articulaţiei genunchiului şi tarso-metatarsiană dreaptă. Leucoree de 4 luni, amigdalită în repetate rânduri, abcese dentare, 2 carii dentare, otită supurată acum 2 ani. Crepitaţii şi exudat în cele 2 articulaţii, prezintă fibrilaţii în reg. plantară. Tratament: Novalgin 5 cmc. intravenos timp de 8 zile, apoi după cedarea temperaturei, asociat cu Endojodin. Fenomenele inflamatorii au cedat după trei injecţii de Novalgin, iar durerile au cedat complect după 8 zile.

6. **Reumatism subacut focal-toxic.** Bolnavul B. A. de 35 ani. Dureri în artic. tibio-tarsiene şi radio-carpiene dr. Tumefiarea şi roşeaţa acestor articulaţii, impotenţă funcţională. Mersul anevoios. Amigdalele congestionate. Dureri în sinusurile frotale şi maxilare. Exudat în articulaţii. Turburări statice (Spreizfuss şi Senkfuss). Tratament: După a doua injecţie de Novalgin fenomenele inflamatorii au cedat complect. I s'au făcut în total 5 injecţii de Novalgin intramuscular şi 6 de Endojodin intravenos. După 10 zile de tratament, bolnavul a plecat să-şi reia ocupaţiile.

7. **Reumatism cronic focal toxic cu puseu subacut.** Bolnava L. S. 48 ani. Dureri articulare scapulo-humerale, dureri în regiunea lombară, dureri de alungul membrelor inf. febră. Mişcările articulare sunt libere. Fibrilaţii în reg. plantară. Tratament: După 4 injecţii de Novalgin febra a cedat iar durerile au diminuat. S'au adăugat apoi 12 injecţii de Endojodin zilnic intravenoase. S'a constatat o ameliorare remarcabilă.

8. **Sciatică reumatismală dreaptă.** Bolnavul B. P. de 45 ani. Blenoragie la 23 ani, amigdalită de mai multe ori. Nu poate să se sprijine pe membrul inf. stg. Dureri la emergenta sciaticului precum şi în punctele clasice, furnicări în reg. plantară, anestezia ultimelor două degete. Reflexul rotulian exagerat pe partea stângă. Tratament: Pe lângă băi alcaline şi razeultrascurte am asocit injecţii cu Novalgin şi Endojodin alternativ. După a 3-a zi s'a produs o ameliorare notorie, iar după 15 zile durerile au cedat definitiv.

9. **Reumatism infecţios focal toxic.** Bolnavul C. F. de 37 ani. Durerile generalizate difuze la nivelul artic. mari rachalgii mialgii. Tifos exantematic în 1920, uretrită gonoreică în 1926 puseuri de amigdalită. Stare prezentă: Artic. mari s'au tumefiat. Dureri dealungul coloanei vertebrale, algii generalizate muşchiulare şi articulare. După 5 injecţii intrav. a 2 cmc. de Novalgin pe care le-am făcut zilnic am adăugat 12 injecţii de Endojodin tot intravenos. Bolnavul a putut să-şi reia ocupaţiile.

10. **Reumatism deformant progresiv, formă anchilozantă.** Bolnava G. M. de 54 ani. Soţul a suferit de reumatism poliartic. acut. In antecedente amigdalită şi supuraţii dentare. De 4 ani a început să aibe dureri dealungul membrelor. De 3 ani s'au tumefiat artic. mici ale mâinilor şi picioarelor. De 2 ani nu există decât mişcări foarte reduse în artic. genunchilor. S'au anchilozat complect pe rând: artic. tibio-tarsiene, coatele şi scapulo-humerale. Are fibrilaţii muşchiulare. A urmat un tratament cu băi alcaline. Apoi a făcut o serie de injecţii de Endojodin intravenos. Seara i-am făcut câte o injecţie de Novalgin asociat cu morfină pentru a-i calma durerile. După 15 zile de internare, durerile din artic. genunchilor s'au atenuat foarte mult iar din celelalte artic. au dispărut.

11. **Reumatism infecţios, focal toxic.** Bolnavul G. M. de 44 ani. Disenterie la 22 ani, blenoragie la 24 ani, reumatism poliartic, acum 5 ani, debut insiduos acum 5 săptămâni. Dureri în artic. scapulo-humerale, coxo-femorale şi tibio-tarsiană dr. Algii musculare generalizate. Fibrilaţii musculare în reg. gambei. După a 5-a injecţie de Novalgin am obţinut o sedaţiune complectă a durerilor. Am făcut apoi 6 injecţii de Endojodin.

12. **Neuromialgii, sciatalgii.** Bolnava M. C. de 46 ani. Rugeolă în copilărie, neoplasm mamar acum 6 luni operat, avort spontan. De 5 luni, în urma unei răceli, a început să aibă dureri musculare generalizate, în special în regiunea lombară. Dureri la elongaţia nervilor sciatici, mai ales în stânga. I-am făcut 5 injecţii de Novalgin la 2 zile câte una, intramuscular şi şase injecţii zilnice cu Endojodin intravenos. A plecat mult ameliorată.

Novalgin este un derivat al Pyramidonului. Pyramidonul noi l-am dat chiar în formele acute după metoda lui Schottmueller până la 3 gr. pe zi, dând rezultae admirabile, chiar în maladia lui Bouillaud. Novalgin este mult mai suportat de bolnav nedând fenomene de intoleranţă şi având acelaş efect. Injecţiile dau un rezultat prompt făcute intravenos iar cazurile idiosincrasice nu au fost întâlnite de noi.

In ceia ce priveşte Endojodin, Bauer a observat rezultate favorabile prin iodoterapia intrav. în reumatism. Iodul este resorbit în mod deosebit de ţesutul degenerat şi chiar de cel inflamator mărind metabolismul bazal şi intensificând eliminările azotului în urină, dar iodul are şi o acţiune sedativă a durerilor, mai ales durerile artic. şi nevralgii.

După cum reese din foile de observaţii al căror rezumat l-am dat mai sus noi am întrebuinţat atât Novalgin cât şi Endojodin în diverse forme de reumatism cr. cu rezultate evidente. Nu am avut nici un accident, din partea medicamentelor. Novalgin nu a dat fenomene de depresiune sau de constricţie cardiacă şi n'am întâlnit nici un caz de idiosincrasie. Din partea Endojodinei deasemenea nu am avut nici fenomene de iodism şi nici o altă intoleranţă.

Extensia tuberculozei printre civili şi militari

de Dr. S. IRIMESCU
Secretar general al Ligii Naţionale contra tuberculozei.

Consiliul sanitar superior a alcătuit, după cererea Ministrului Sănătăţii o comisiune având pline puteri ca să se ia măsurile necesare pentru a cunoaşte şi împiedeca extensia epidemiilor.

Boalele sunt apanajul epocelor de agitaţie şi de nelinişte care frământă societăţile omeneşti. Pentru boalele epidemice şi infecţioase, marile aglomerări, cum sunt cele aduse de războaie facilitează răspândirea lor.

Vaccinările preventive aşa de eficace reprezintă o măsură prealabilă de un salutar efect.

Izolarea bolnavilor, atunci când cazuri apar circumscrie focarele. Suntem deci armaţi — e un armament tot atât de important cum e cel în material de muniţii de tot felul — ca să menţinem sănătatea soldaţilor ca şi a populaţiei civile din interior.

In alte războaie, în epocile rudimentare ale mijloacelor de combatere şi prevenire a boalelor, victimele provocate de boale pe fronturi depăşeau uneori pe cele ale câmpurilor de luptă. Istoria războaielor oferă un bogat material, în această privinţă. Pentru a cita câteva exemple mai recente, epidemii ucigătoare în timpul războiului franco-german din 1870, al celui româno-ruso-turc din 1877 au fost adevărate calamităţi.

Prin contrast, în ultimele războaie, epidemiile, când se iveau au fost repede stăvilite.

In schimb, în Rusia a fost o formidabilă invazie a boalei. Profesorul Cantacuzino, care a vizitat focarele epidemice, după însărcinarea dată de Liga Naţiunilor ne relata mizeria extremă şi murdăria de nedescris în care zăceau populaţiile. Tarassewitch a dat în urmă statistice, după care rezulta că zece milioane de oameni pieriseră atunci din cauza epidemiilor la care se adăoga foametea cumplită care bântuia în aceste regiuni.

In marele război actual care face ca ostilităţile să se desfăşoare pe fronturi imense, strategia e şi de tactică militară dar şi de măsuri sanitare luate la timp. Cazuri de boale epidemice când se ivesc sunt repede oprite şi boalele nu se extind. Avem convingerea că prin măsurile care se vor aplica vom fi feriţi şi noi de explozii de boale epidemice acute.

E însă o boală care fără să figureze la un capitol special al programului actualei comisii e una din cele mai omorâtoare printre boalele epidemice.

Tuberculoza nu apare cu cortegiul impresionant şi sgomotos de simptome care să o semnaleze autorităţilor sanitare. E dovedit prin reacţiile la tuberculină, că la cea mai mare parte din adulţi, focare ascunse de boală există în organism.

Intr'o publicaţie anterioară din anul 1940 «Tuberculoza şi Războiul» am arătat ce influenţă favorizantă poate avea şi o are războiul în redeşteptarea acestor focare ascunse.

In afară de marile distrugeri şi de ruinele produse de furia oarbă a celor care pustiesc şi incendiază tot ce nu pot apăra — e cazul sovieticilor în Basarabia noastră smulsă cu silnicie — vor fi cazurile de boale, cele cronice cu care organismul se acomodase, exacerbate ca să devină acute şi tuberculozele trecute într'o fază activă.

Distrugerile de materiale aduse de război cer mari sacrificii de fonduri la care toţi trebue să contribue dintr'un sentiment de solidaritate pentru a le restaura. Vieţile însă pierdute pe front sau prin boale sunt iremediabil pierdute. Trebue să le păstrăm ca un bun din cele mai preţioase.

Incă de acum pentru a evita pe cât este cu putinţă bilanţuri tragice trebue să prevenim noi dezastre în viitor.

Nu eram încă intraţi direct în vâltoarea războiului când am pus în lumină relaţiile dintre tuberculoză şi război.

Concentrările masive de trupe — primejdia ne pândea şi trebuia să fim pregătiţi ca să-i ne opunem — provocaseră o recrudescenţă a cazurilor de boală.

Documentasem această afirmare cu statistice controlate şi ceream ca un triaj prealabil, cât de îngrijit să fie făcut pentru a evita ca tuberculoşii cu leziuni active sau în iminenţă de a se activa să fie întrebuinţaţi pe zonă. Leziunile riscau să se reaprindă când erau latente şi cele deschise să ia uneori un mers fulgerător. Ocaziile erau prielnice prin oboselele excesive şi prin condiţiile precare de viaţă. Cercurile militare având atribuţii sanitare ca şi conducătorii superiori au dat dispoziţii să se trieze cu mai multă grije cei trimişi pe zonă.

Evenimentele s'au precipitat şi deschiderea ostilităţilor a făcut ca triajul, chiar când s'a mai făcut să fie sumar şi incomplect.

Acum, în plin război printre răniţii aflaţi prin spitale se descoperă destule cazuri — e greu de a face o statistică deoarece o examinare sistematică nu a fost încă întreprinsă — cu leziuni grave până la caverne şi granulii.

Liga contra tuberculozei a însărcinat pe d. dr. Bibicescu directorul ei dela centru să cerceteze în spitalele de răniţi din Bucureşti bolnavii de tuberculoză care se află printre răniţi. O primă examinare a permis să se constate un procent impresionant de tuberculoşi în plină evoluţie. Tineri care au luptat cu eroism în primele rânduri, dacă au scăpat cu viaţă de gloanţe şi schijele bombelor vor face ulterior tuberculoza lor.

Situaţia epidemiologică a tuberculozei se prezintă acum cu mici variante la fel pretutindeni, aşa încât stările dela noi nu ne inferiorizează deoarece şi în ţările de vechi organizări de asistenţă, în vălmăşagul adus de stările de război, tuberculoza e în creştere. Din datele, câte se publică reiese că frământarea şi sbuciumul adus de război au provocat redeşteptarea multor focare latente de boală.

Deocamdată denunţăm primejdia. In vălmăşagul luptelor depe front e greu să se mai facă triajul celor care se află acolo. Pentru cei care vor fi trimişi ulterior, un triaj prealabil se impune cum e nevoe să fie făcut la cei internaţi în spitale, unde pot să zacă cu totul ignoraţi. Radioscopia plămânilor care se face în multe spitale trebue să fie generalizată.

Vom împiedica astfel, în bună parte, ca soldaţii să cumuleze şi răni şi explozii de leziuni acute de tuberculoză, care riscă să-i omoare chiar dacă s'ar vindeca de gloanţe şi schijele de bombe. Apariţia de leziuni bacilare la soldaţii din spitalele de răniţi este un indiciu de ravagiile produse de boală, cu ocazia războiului. Izolarea lor din promiscuitatea spitalelor se impune, când sunt vindecaţi de rănile lor. Constatarea că sunt tuberculoşi necesită căutarea lor în instituţii speciale. Reformarea lor cu urmarea să fie trimişi la vatră riscă să producă crearea de focare noi la cei cu care conviesc. E nevoe să fie reţinuţi ca să fie trataţi în spitale şi sanatorii şi cum armata nu le are decât în număr cu totul insuficient — am cerut în repetate rânduri să fie multiplicate — în instituţiile pe care Liga şi Societăţile particulare, Profilaxia dintr'o datorie de umanitate le va ţine cât de mult posibil la dispoziţia lor. Se va evita astfel ca tuberculoza soldaţilor să fie transmisă şi la civili.

Aceştia, în viaţa sbuciumată a timpurilor actuale sunt expuşi să-şi redeştepte focare ascunse. Constatăm deja zilnic în spitale, sanatorii, dispensare, că tuberculoza e în plină creştere şi printre civili.

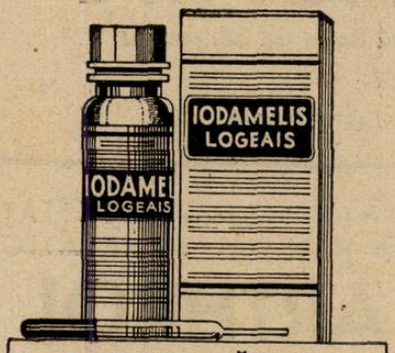
Capitolul acesta de un mare interes merită ample desvoltări. Voi reveni asupra lui.

Dăm pentru moment alarma cu nădejdea că va fi ţinută în seamă de forurile sanitare.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

•

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII

2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

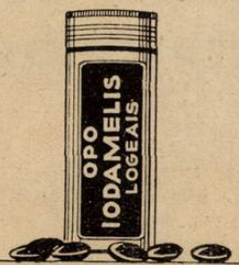
•

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

In comprimate drageifiate

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE



FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

DEPOZIT PERMANENT
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

PROBLEMA OCROTIREI MAMEI ŞI COPILULUI

de Dr. G. D. VINTILĂ

Destinul unui popor se făureşte de proprii săi fii; prin evoluţia lor biologică, ei poartă din veac în veac sufletul patriei.

Familia, prima celulă vie a statului — laboratorul de plămădeală fizică şi sufletească a copilului — trebue privită în noua rostire a Statutui, ca nucleul de bază al formării caracterelor.

Ocrotirea mamei şi a copilului este deci o raţiune de stat, de însăşi existenţă a sa; o problemă bio-politică, demografică şi etică, cu alte cuvinte o problemă naţională.

Viaţa spirituală a unui popor, mereu în prefacere, pentru o adaptare mai fericită şi corespunzătoare nevoilor de organizare ale colectivităţii, trebue să-şi găsească sprijin pe fundamentul unei vieţi fizice sănătoase şi robuste; fiindcă nu se poate înţelege un spirit vioi şi creator, pe o stare fizică compromisă.

Deaceea Statul, înainte de-a cultiva virtuţile cetăţeneşti ale poporului său, trebue să-i asigure sănătatea fizică.

In această doctrină intră problema ocrotirei mamei şi a copilului; privită sub acest aspect, prima chestiune care se pune este următoarea:

Această ocrotire trebue să privească cantitatea ori calitatea?

Pentru ţara noastră această ecuaţie are un singur răspuns: şi una şi alta.

Creşterea populaţiei nu este un obstacol pentru buna stare socială; din contră, scăderea natalităţii atrage după sine o restrângere a activităţii economice. Calitatea înseamnă selecţiunea, adică luarea de măsuri pentru gradarea natalităţii după valoarea hereditară; cu alte cuvinte se cuvine a se face o politică a natalităţii, igieno-rasistă, după cum spune Siemens; innobilarea rasei urmează o singură cale: selecţiunea (eugenia), care trebue să fie canalizată în două direcţii:

a) Micşorarea natalităţii celor cu aptitudini sub-medii (eugenia eliminatorie, sau de limitare a natalităţii).

b) Mărirea natalităţii celor cu aptitudini deasupra mediei — eugenie colectivă — pozitivă sau de creştere a naşterilor.

Ocrotirea mamei şi copilului apare ca o monedă cu două feţe, o problemă mult prea complexă pentru a fi cuprinsă dintr'o singură privire.

Cu 23 de ani înainte, Germania a pus problema eugeniei şi ceice pe atunci era considerat ca o utopie, astăzi, în această ţară, formează în şcoli un studiu obligatoriu, iar în Stat unul din principiile fundamentale de guvernământ.

Să studiem pe rând cele două componente ale politicei natalităţii, cantitatea şi calitatea.

Cantitatea, pentru a putea fi asigurată, implică următoarele obligaţii Statutului:

1. O bună stare economică şi financiară,

2. O bună stare sanitară şi higienică,

3. O propagandă susţinută pentru reproducere şi creştere a copiilor,

4. Un personal medical instruit, format din medici igienişti, obstetricieni şi pediatri.

Ridicarea standardului de viaţă al locuitorilor, se poate ameliora prin acordare de premii, burse în şcoli copiilor şi plasarea lor în întreprinderi, conform aptitudinilor; întreţinerea copiilor în natură sau cu plată, de familiile lipsite de copii; copii de văduvă să fie întreţinuţi de Stat; — iar în mod direct prin degrevarea datoriilor şi micşorarea impozitelor.

Starea sanitară să fie continuu supraveghiată; iar acolo unde locuinţa nu se pretează pentru naştere, gravidele să fie îndrumate spre spitale, sau case de sănătate, un dispensar sau un oficiu pentru naşteri, unde moaşa să aibă posibilitatea să asiste gravidele după cerinţele artei;

Pe lângă aceste institute trebue rezervată o secţie pentru puericultură.

Copiii trebuesc alăptaţi de mamă; muncitoarele din fabrici pot încredinţa copiii creşelor, unde sub supravegherea medicului se pot dezvolta cu maximum de vitalitate. Tuturor acestor copii să li se administreze vaccinul B.C.G.; ultraviolete, solarii, să completeze mijloacele de creştere şi de stimulare a organismelor în desvoltare.

Propaganda constă din conferinţe, broşuri, afişe şi cinematograf. Medicii instruiţi în acest scop, în colaborare şi sub directa îndrumare a Institutului de Higienă, să meargă pe teren, şi să desvolte în faţa femeilor condiţiile de evoluţie a unei sarcini, higiena sarcinii şi mai ales noţiuni de creştere a copiilor.

Medicul higienist preparat în Institutul de Higienă şi de medicină socială, trebue să cunoască toate problemele bio-politice. El trebue să fie mereu pe teren, ţinând contact strâns cu medicul obstetrician şi cu pediatrul. Trebue să cunoască problemele hereditătii şi cele ale selecţiunii, pentru a asigura o higienă rasială, după cerinţele moderne ale ştiinţei — Eugenia.

Personalul obstetrical, format din mamoşi şi moaşe, vor fi instruiţi în centrele universitare; propun câte un obstetrician şi pediatru de fiecare capitală de judeţ.

Pentru institutele de pediatrie, pe lângă formarea pediatrilor, moaşele să fie obligate să facă un stagiu de un an.

In oraşele mari se poate forma câte un centru de ajutor şi urgenţă pe lângă fiecare spital, un fel de serviciu de gardă, care să stea la dispoziţia publicului. Alături de acest serviciu, să se găsească un centru de transfuzii pentru a interveni în cazuri de hemoragii grave.

Combaterea avortului: flagelul de mari proporţii care ameninţă naţiunile, este sancţionat, în actuala stare de lucruri, de legi draconice, însă fără efect. Cauza ineficacităţii legii nu stă în spiritul ei de concepţie sau aplicare, cât prin aceea a mijloacelor de descoperire a delictului. Combaterea acortului se poate face direct printr'o propagandă susţinută şi prin desvoltarea gradului de cultură a poporului nostru; dar mai ales indirect, prin înmulţirea condiţiunilor optime pentru naşteri şi asigurarea dreptului la viaţă a tuturor copiilor născuţi din familiile prolifice.

Un alt punct care priveşte promovarea cantităţii este tratamentul sterilităţii, care se poate face în centrele de ginecologie, dându-se prin aceasta posibilitatea de procreare celor cari doresc să aibă copii.

II. Calitatea este asigurată de ereditate şi selecţiune; este bine, cu această ocazie, să amintesc ceeace spune Siemens: Rasa se menţine numai prin ereditate şi când natalitatea tulpinelor bune este mai mică decât a acelora mai puţin bune, atunci scade continuu capacitatea rasei şi nimic nu o mai poate opri dela o decadenţă finală.

In ceeace priveşte selecţiunea, — este mai uşor de realizat prin instituirea certificatului prenupţial, puericultura prenatală, combaterea concubinajului, căutarea paternităţii, sterilizarea şi avortul obligatoriu pentru demenţi, degeneraţi, antisociali şi alcoolici inveteraţi.

Certificatul prenupţial, până se va obişnui publicul, pare un atentat la viaţa morală a individului; pentru omul inteligent şi cult, este mai înainte de toate o datorie de conştiinţă faţă de el, faţă de viitorii săi copii, faţă de familie şi naţiune.

Aplicarea cu strictete a certificatului prenupţial trebue să se facă de medici competinţi, cum sunt cei dela Institutul de Higienă, iar pentru pătura rurală de medcii de pe lângă spitale.

Puericultura prenatală urmăreşte evoluţia sarcinei, indreptarea distociilor, combaterea complicaţiilor de maladii cronice, — cu un cuvânt asigurarea unei normale dezvoltări a sarcinei; dar mai ales depistarea şi tratamentul sifilisului.

Pentru aceasta, fiecare gravidă să fie obligată a avea o fişă, în care să se însemne toate accidentele din cursul sarcinei aşa fel ca la naştere să fie scutită de o surpriză neplăcută..

Combaterea concubinajului, pe lângă faptul că această stare este demoralizantă pentru familie, diluează sentimentul de solidaritate familială şi civică şi face din copilul lipsit de tradiţie şi căldură părintească un copil dezorientat; este una din cauzele cari contribue la rătăcirea atâtor copii din chiar frageda lor desvoltare.

Căutarea paternităţii, ceeace contribue şi la recunoaşterea copilului, este un deziderat cu perspective de viitor. Deocamdată cercetările humorale pentru identificare nu sunt concludente, iar în ceeace priveşte recunoaşterea după semnele fizice, raportate la asemănarea dintre tată şi fiu, sunt fragile şi supuse contradicţiei.

Avortul eugenic priveşte categoriile următoare: degeneraţii, dementii, antisocialii şi alcoolicii înveteraţii, atât pentru mamă şi pentru tatăl ca procreator.

Sterilizarea s'a produs în ţările înaintate în civilizaţie, mai ales pentru bărbaţii cuprinşi în categoria de mai sus. Sterilizarea este obligatorie în Germania încă din anul 1933. Ei sterilizează pe cei întreţinuţi de caritatea publică, pe marii criminali, recidivişti, leneşii şi cei cu incapacităţi permanente. Se poate face şi-o sterilizare voluntară, numai că poporul trebue să fie lămurit de binefacerile unei sterilizări, aplicată într'o largă măsură.

Din această succintă expunere, se vede că problema ocrotirii mamei şi copilului, este mai întâi o problemă de Stat şi apoi o datorie de conştiinţă a tuturor indivizilor care formează naţiunea. Această lege este o necesitate de reînoire a forţelor vitale ale naţiunii noastre, puse pe bazele unui conţinut de înaltă ţinută etică; o ambianţă de înţelegere între Stat şi familie trebue să concure la promovarea colectivităţii româneşti, dându-i o cantitate suficientă şi o inobilare rasială; solidaritatea naţională se poate închega, mai cu osebire atunci când într'o naţiune numeroasă şi prolifică se va ajunge la dezideratul purificării calitative a rasei

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medici morţi la datorie

Atât pe linia frontului cât şi în spitale, cu pricepere şi devotament, medicii au pus toată râvna pentru vindecarea rănilor ostaşilor scoşi vremelnic din luptă. Ei au fost primii ce i-au întâmpinat cu căldura de care aveau nevoie, constituind pentru ostaşi adevăraţii prieteni, ce se cunosc în nevoie.

Urmând în deaproape rândurile armatelor ce au luptat în Basarabia, în Bucovina şi dincolo de Nistru, următorii medici au căzut la datorie şi merită recunoştinţa şi omagiul nostru:

Ciovârnache C. Mircea, medic sublocotenent în rezervă mort la 22.—7—1941;

Heroiu M. Spiridon, medic căpitan, mort la 22.—6—1941;

Chibici Ştefan, medic locotenent în rezervă, mort la 24.—7—1941;

Măcelaru Tiberiu, medic şef spitalul Huşi;

Georgescu Marin, medic sublocotenent în rezervă, mort la 26.—8—1941.

Vizita d-lui ministru al sănătăţii la instituţiile sanitare din jud. Vâlcea

D. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii, a vizitat instituţiile sanitare din jud. Vâlcea şi în special spitalul statului din Râmnicul Vâlcei.

D. ministru a vizitat cu deamănuntul spitalul care este foarte bine instalat şi utilat. D-sa a felicitat călduros pe medicii primari ai spitalului pentru activitatea lor remarcabilă şi în special pe d. dr. Valeriu Vlădescu, chirurg primar, al cărui serviciu este perfect organizat.

* *

La mânăstirea Bistriţa, d. ministru al sănătăţii a vizitat instituţiile de cultură şi de ocrotire socială organizate de societatea «Acoperământul Maicei Domnului» de sub direcţiunea maicelor Olga şi Teodosia Gologan.

Au făcut o deosebită impresie orfelinatul şi şcoala de gospodărie pentru fiicele de săteni. In aceste două instituţii vor fi trimise fetele ostaşilor morţi pentru patrie şi vor găsi nu numai o bună îngrijire, dar şi o perfectă educaţie.

La mânăstirea Bistriţei s'a pus piatra fundamentală a unui dispensar cu baie populară, construît de societatea locală cu ajutorul ministerului sănătăţii şi care va deservi întreaga regiune.

Examenele din sesiunea Octombrie la facultatea de medicină din Bucureşti

Examenele de fine de an încep pe data de 1 Octombrie a. c.

In vederea întocmirii cataloagelor, a seriilor şi orariului, d-nii studenţi sunt invitaţi a depune la secretariatul facultăţii, între 15 şi 25 Septembrie c., fişele de înscriere.

Se atrage atenţiunea că nimeni nu poate fi înscris la examene din oficiu. Fiecare trebue să anunţe facultatea ce examene mai are sau doreşte să mai dea în această sesiune.

Deasemenea se anunţă că dispoziţiunea de promovare dată în Octombrie 1940 a fost cu totul excepţională şi numai pentru un singur an şcolar, încât nimeni să nu se bazeze că trecerea dintr'un an într'altul se va face fără examene.

Pentru candidaţii la examenul de admitere, înscrierile se vor primi la secretariatul facultăţii cu începere dela 1 Octombrie şi până la 15 Octombrie.

Examenele vor fi imediat după această dată, după un program ce se va anunţa la timp.

Incorporarea tinerilor medicinişti amânaţi pentru continuarea studiilor

Monitorul Oficial publică următorul decret-lege:

Art. 1. — Pe data de 5 Septembrie a. c. se încorporează pentru a satisface serviciul militar, toţi tinerii din contigentul 1942 şi mai vechi, doctori în medicină şi chirurgie umană, care nu au satisfăcut până în prezent obligaţiunile militare, fiind amânaţi pentru continuarea studiilor.

Pe aceiaşi dată şi în acelaşi scop se încorporează şi absolvenţii facultăţilor de medicină umană cu toate examenele şi doctoratele trecute, care mai au de susţinut numai teza de doctorat în medicină şi chirurgie şi care nu au satisfăcut până în prezent obligaţiunile militare, fiind amânaţi pentru continuarea studiilor.

Art. 2. — Toate amânările pentru continuare de studii acordate tinerilor din categoriile de mai sus se anulează.

Art. 3. — Toţi aceşti tineri se vor prezenta la Centrul de Instrucţie Sanitară Bucureşti, fără a mai aştepta ordine de chemare individuale.

EUPHORYL

DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AVe DAUMESNIL. P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS

ANA PARIS

Hirudinase

(DRAGELEI)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA

Salicylate SURACTIVÉ "ANA"

SALICILAT DE SODIU
in combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr. SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1-2 linguriţe de ceai sau 10 picături = 1 gr. Salicilat = de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %.
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism — ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XII

Paul ILUTZA, 23, Srada OLARI — BUCUREŞTI, IV

Domnii medici găsesc la Dispoziţia d-lor, mostre gratuite la cerere.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

De prescris în toate indicaţiunile unturei de peşte

Medicament aliment gust plăcut

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice.
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE DE 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Doza uzuală. Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

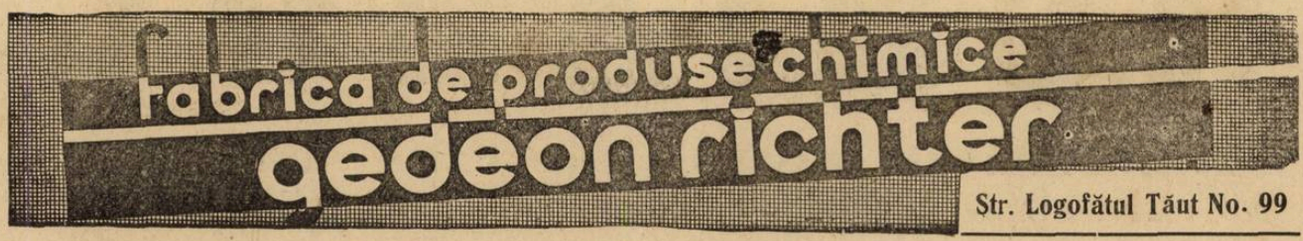
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

PREZENTARE: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42



VITAMINA D

ERGOSTERIN IRRADIAT

soluție și tablete „RICHTER"

In toate anemiile și în reconvalescență

FERCUPAR

TABLETE

/Fer + cupru + ficat și vitamina B\

EXTRACTE TOTALE DE OVAR

Ovarium Richter

TABLETE

Glanduovin

FIOLE

Glandovin forte

FIOLE

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA ATOXICĂ ŞI FĂRĂ ACCIDENTE, A STREPTOCOCIILOR, STAFILOCOCIILOR, MENINGOCOCIILOR ŞI COLIBACILURIILOR SIMPLE ŞI ASOCIATE

PREVENTIV ŞI CURATIV

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie — Gripă — Scarlatină
Pneumonie — Broncho - Pneumonie — Pleuresie — Angine —
Strepto - Difterie — Otite—Mastoidite — Meningite — Flegmoane —
Dermatite — Pielonefrite — Cistite — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

COMPRIMATELE

sunt singure suficiente, aproape în toate cazurile.

Adulţi: 6—12 pe zi.
Copii: Jumătate doză.

FIOLE

de 5 cc. = 0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramuschiulară.

Adulţi: 2 — 3 pe zi.
Copii: Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, se pot administra doze de 15—20 comprimate pe zi, fără nici un inconvenient.

COLLUBIAZOL

Soluţie hidro-glicerinată de Rubiazol 5 %

Colutoriu pe bază de Rubiazol, pentru tratamentul local al infecţiunilor streptococice ale mucoaselor.

CÂTEVA INDICAŢIUNI:

ANGINE roşii, purulente, pseudo - membranoase
STREPTO - DIFTERII. INFECŢIUNI RINO - FARINGIENE STOMATITE. GINGIVITE. CERVICITE. VAGINITE ULCERAŢIUNILE COLULUI UTERIN.

NICI O IRITAŢIE — ACŢIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

Modul de întrebuinţare:

Instilaţiuni nasale. 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriţă la ½ pahar cu apă.
Pensulaţiuni: ale faringelui, amigdalelor şi gingiilor.
Spălături vaginale: 1 lingură la 1 litru de apă.
Badijonări ginecologice.

Laboratoires du Dr. ROUSSEL - PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, Bucureşti III — Telefon 2.21.38.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX No. 19 — 15 Lei exemplarul — 1 Octombrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNEA" SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. I. IACOBOVICI şi Dr I. PORUMBARU: *Probleme ortopedice de război* 257

Dr. N. I. NEDELCU: *Electro-radioterapia în tratamentul plăgilor de război* 261

Maior Dr. I. STROIESCU: *Tratamentul şi evacuarea răniţilor la posturile de prim ajutor* . . . 262

Dr. M. GHERGHICEANU: *Contribuţiuni la studiul amenoreei polihormonale* 260

Dr. MARIUS POPESCU: *Tratamentul hormonal al hipertrofiei prostatei* 263

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Douăzeci de ani de activitate românească în clinica medicală din Cluj-Sibiu, recenzie de Dr. C. Daniel . 264

Diagnosticul tuberculozei pulmonare la copil şi adult, de Dr. D. Priboianu, recenzie de Dr. V. Sava . .

ŞEDINŢA CONSILIULUI SUPERIOR AL SĂNĂTĂŢII

Prof. Dr. P. Tomescu: Expunere asupra situaţiei sanitare a Basarabiei. Problema specializării medicilor 265

Dr. I. Stoichiţia: Problema specializării în igienă şi medicină preventivă 265

Pagina

Cuvântările D-lor Prof. Dr. Ionescu-Mihăeşti, I. Iacobovici, D. Manolescu, Iuliu Moldovanu, V. Ciocâlteu, Titu Gane, P. Niculescu şi Dr. S. Irimescu . . . .

CHESTIUNI DE ORGANIZARE

Nouile şcoale ale Ministerului Sănătăţii pentru pregătirea personalului sanitar 266

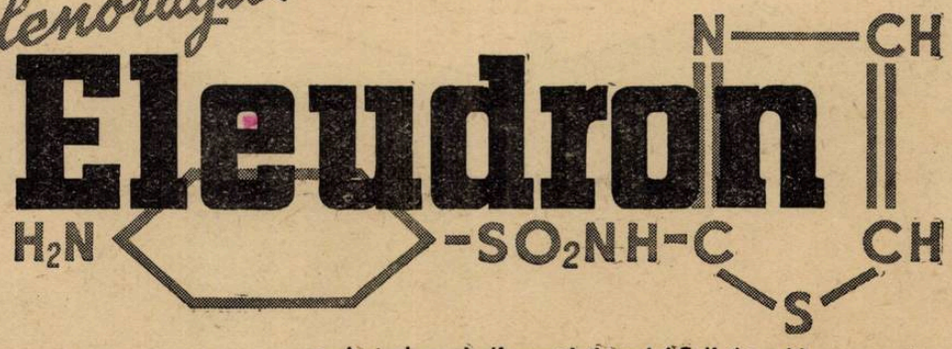
Organizarea combaterii tuberculozei în Germania, de Prof. Dr. J. E. Kaiser Petersen-Berlin, analiză de Drd. M. Tribalsky 267

NECROLOG

Doctorul Ioan Zamani, de Dr. S. Irimescu 268

Pentru tratamentul rapid al blenoragiei

Eleudron



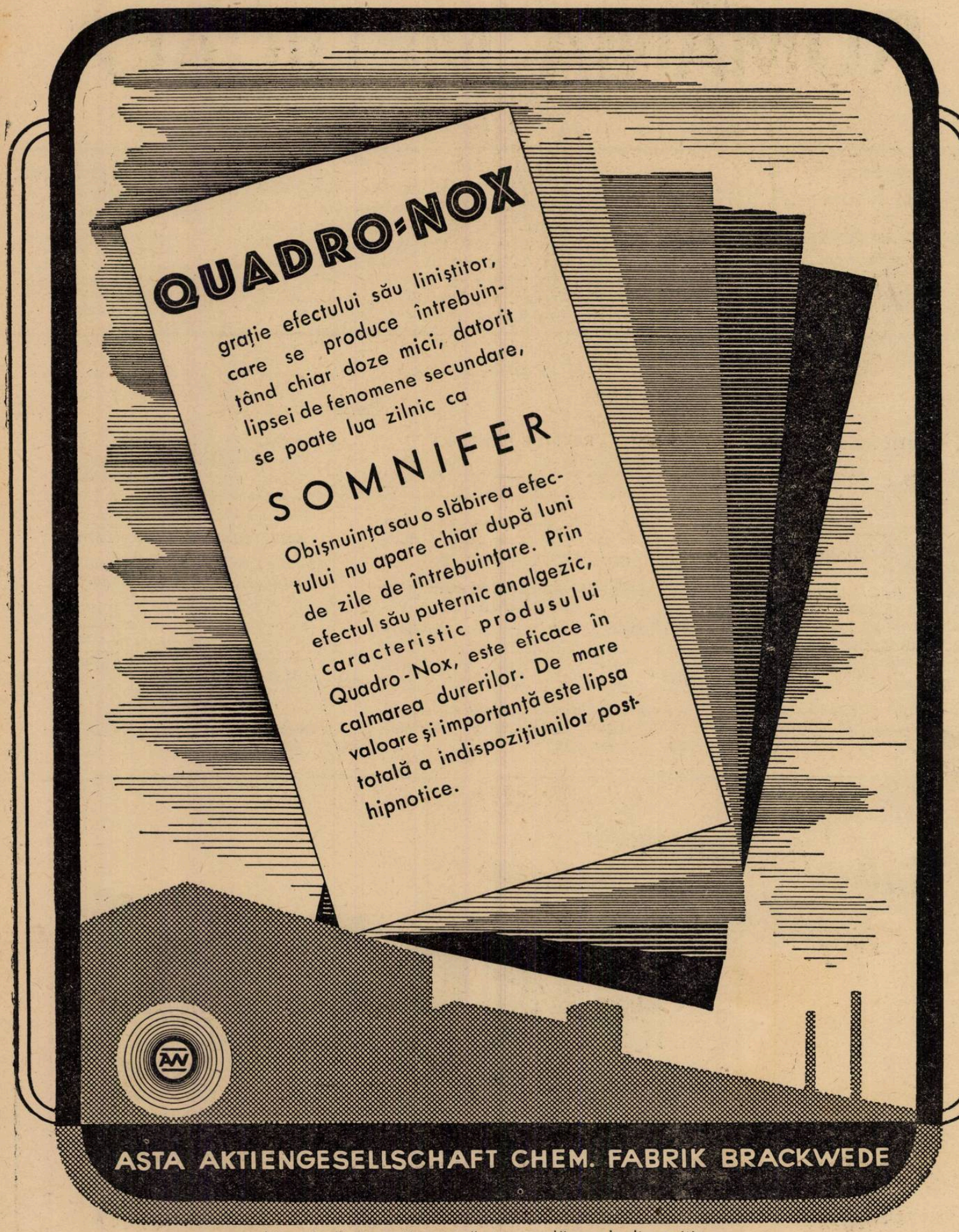
p-Aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol")

BAYER
»Bayer«
LEVERKUSEN

Foarte eficace în orice stadiu al blenoragiei. Procente foarte ridicate de vindecări după o întrebuinţare numai de 2 zile a unei doze globale de 10 gr., tratamentul devenind astfel foarte economic. Toleranţă perfectă!

Tub cu 20 tablete de 0,5 gr.

Reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53



Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

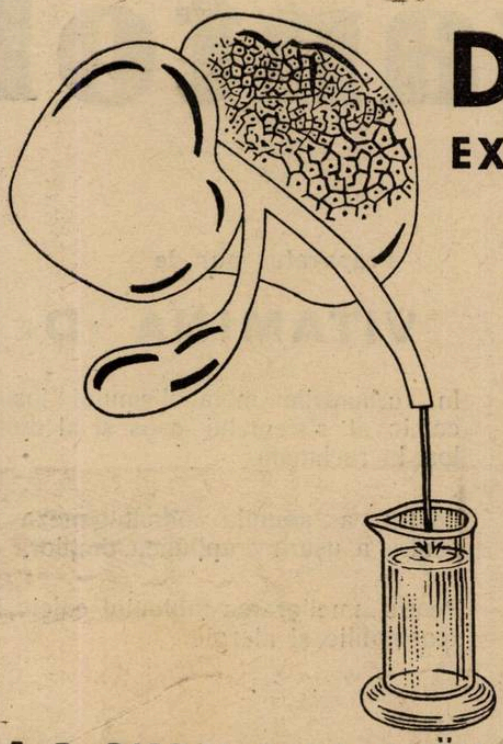
Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, Bucureşti

Anemie
Debilitate
Convalescenţă

Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. MERCK — DARMSTADT

Reprezentanţa generală:
CHIMIROMAN, FARMACIST LIVIU BANCU
Bucureşti I., Str. T. G. Masaryk No. 32



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ
REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREŞTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

Chimioterapia peroralã a blenoragiei se face prin ALBUCID

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător:*
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp, s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Aurel Vlaicu No. 33.

Vigantol

Preparatul pur de

VITAMINA »D«

In turburările metabolismului fosfocalcic al sistemului osos şi al dinţilor. In rachitism.

Pentru a stimula odontogeneza şi pentru a uşura erupţiunea dinţilor.

Pentru ameliorarea tabloului calcic în spasmofilie şi alergie.

»Bayer« LEVERKUSEN A. RH.

E. Merck DARMSTADT

»ROMIGEFA« S.A.R. Bucureşti I
Str. Brezoianu. 53. - Tel.: 3.92.86.

»CHIMIROMAN« Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk 32 Tel.: 2.71.48

Anul XIX No. 19 15 Lei Exemplarul 1 Octombrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

PROBLEME ORTOPEDICE DE RAZBOIU

de Prof. Dr. IACOBOVICI și Dr. I. PORUMBARU
Asistent universitar

Problemele ortopediei de războiu sunt din toate timpurile, dar au căpătat o desvoltare însemnată în cursul și după sfârșitul războiului mondial.

Albert Thomas, care a făcut parte din guvernul francez din timpul războiului mondial și care după aceasta a fost directorul biroului internațional a muncei dela Liga Națiunilor a căutat să creeze organizarea internațională, pentru a soluționa problema mutilaților de război și a celor din câmpul muncei.

Grație lui s'au întrunit la Geneva reprezentanții asociațiunilor de mutilați din Germania, Austria, Franța, Anglia, Italia și Polonia. Intrunirea acestora a avut loc în Septembrie 1921 și a stabilit că este necesar să se studieze problema protezelor și educației profesionale.

In 1922 luna Martie au fost convocați la Geneva un număr de experți germani, austriaci, francezi, italieni și polonezi, cari au recomandat crearea de mijloace pentru studiul și documentarea în materie de mutilați.

Doctorul Martin, belgian, a insistat asupra importanței colaborărei chirurgului care practica amputația, a chirurgului ortopedic și celuia care confecționează proteza.

Necesitatea acestei colaborări s'a accentuat și mai mult în ultimul timp.

Profesorul dr. Lothar Kreuz, directorul clinicei ortopedice din Berlin, cristalizează necesitatea acestei colaborări în lucrarea sa Kriegsorthopädische Erfahrungen und Erfolge in der Verwundetenführung din 1941 în modul următor.

In concepția modernă, ortopedia de război urmărește trei scopuri și anume:

1). **Vindecarea leziunilor anatomice (scop terapeutico-biologic).**

2). **Redarea capacității funcționale,** prin toate mijloacele fizice, constructive, protetice **(scop technic).**

3). **Reabilitarea profesională și socială (scop de asistență socialo-profesională).**

Toate aceste trei deziderate, deși constituesc în practică domenii de activitate distincte nu pot fi rațional concepute decât ca o sucesiune de acțiuni strâns înlănțuite una de alta, și dominate de un punct de vedere unitar. Un capitol fundamental în ortopedia de războiu este cel al *amputațiilor.* Se practică azi pe o scară exagerat de întinsă amputațiile circulare și nu rareori suntem obligați să reintervenim din cauza retracției părților moi.

Dacă amputațiile circulare își găsesc justificare în cazuri de extremă urgență la formațiunile înaintate și pentru grave procese septice (și mai ales pentru gangrenele gazoase), în spitale este preferabil să se recurgă dela început la amputațiile cu lambou utilizindu-se pentru restabilirea nivelului optim al bontului, *schemele lui zur Verth.* Pentru amputațiile de urgență, circulare mai ales, e bine să se adopte conduita de a se lăsa bontul cel mai lung posibil. Ulterior, prin reamputare se va respecta mai ușor nivelul care asigură instalarea unei proteze în optime condițiuni, după valoroasele indicațiuni date de zur Verth în schemele sale, pe cari le reproducem aci.

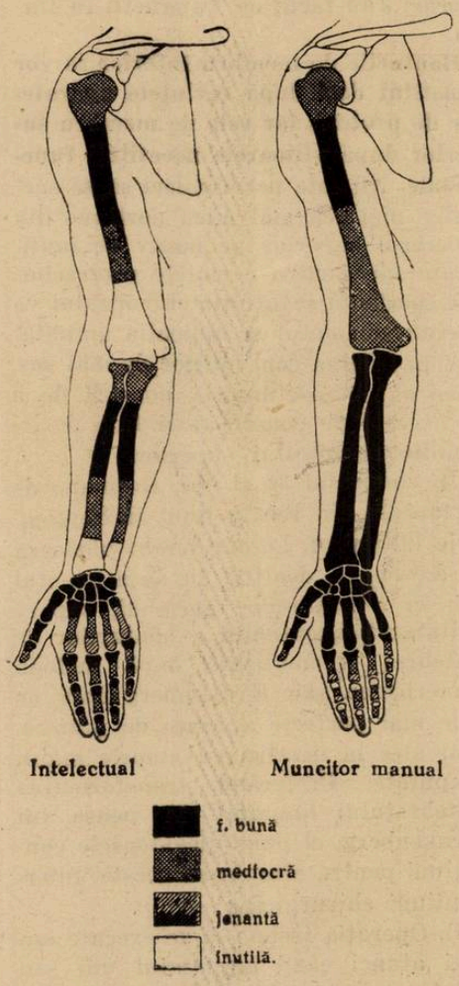


Fig. 1.— Schema lui zur Verth pentru amputațiile membrului superior (după Ritter). Se va observa valoarea practică a fiecărui nivel de amputație în raport cu profesiunea intelectuală sau manuală. Regiunile cele mai favorabile p. amputații sunt însemnate cu negru; urmează apoi celelalte după indicațiile din schemă.

In domeniul amputațiilor, Zur Verth a stabilit următoarele directive:

1. Bontul de amputație trebue să fie bine nutrit, insensibil și cu cât mai puține cicatrici. Să nu se lase margini ascuțite osoase. Să se evite leziunele osoase și ale părților moi, mai ales în regiunile cari suportă presiunile de susținere. Bontul în măciucă este tot atât de rău ca și cel cu țesuturile moi prea destinse în dreptul capătului osos.

2. Mobilitatea articulației bontului este deosebit de importantă. Contracturile și redorile acestor articulațiuni împiedică folosirea normală a bontului de amputație.

3. In stabilirea nivelurilor de elecție ale amputațiilor trebue să se țină seamă de lungimea pârghiei de mișcare și de inserțiile musculare.

4. Dezarticulațiile sunt în general nefavorabile din punct de vedere funcțional (cu excepția celor metatarso-falangiene).

5) Bonturile prea scurte sau prea lungi sunt inutilizabile din punct de vedere funcțional (se exceptează aci membrul superior al muncitorilor manuali). Alteori sunt numai jenante. In cazuri cu totul speciale mai ales la membrul superior aceste bonturi se pot utiliza cu succes (degete, gâtul mânei, antebrat).

6. In locul unei economii necondiționate, e bine să se ia în considerare valoarea individuală a fiecărui nivel de amputație. Aceste niveluri de amputație pot fi, după cum se vede pe schemele alăturate, de patru categorii și anume: foarte bune, mediocre, inutile și jenante.

Foarte bune sunt deci amputațiunile de membru superior în jumătatea superioară a brațului, în toate regiunile antebrațului, carpului și metacarpului

la muncitorii manuali şi numai jumătatea superioară a antebraţului şi în regiunea carpiană la intelectuali.

La membrul inferior cele mai utile sunt amputaţiile în cele două treimi superioare ale coapsei, regiunea supracondiliană, treimea superioară a gambei şi regiunea supramaleolară.

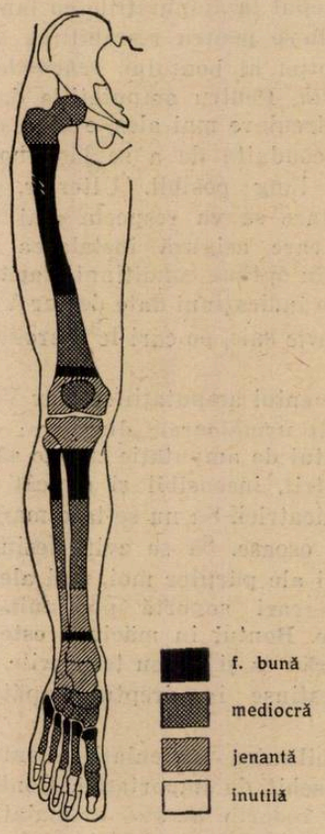


Fig. 2. — Schema lui Zur Verth pentru amputaţiile membrului inferior (după Witter).

Mediocre sunt amputaţiile la nivelul epifizei superioare humerale, în jumătatea inferioară a braţului la muncitorii manuali, iar la intelectuali în sfertul superior al jumătăţii inferioare a braţului, în dreptul epifizelor superioare radiale şi cubitale şi în 2/3 superioare din jumătatea inferioară a antebraţului.

La membrul inferior, în această categorie intră epifiza superioară femurală, treimea inferioară a coapsei, treimea medie a gambei şi regiunea tarsometatarsiană (Lisfranc, Chopart).

Inutile şi jenante sunt amputaţiile din celelalte regiuni după cum se vede pe schemele alăturate.

7. Funcţiunea membrelor inferioare este în mod unitar condiţionată de mers şi de staţiunea în picioare. Deaceia regulele funcţionale de amputaţie se pot stabili schematic, aproape fără nici o restricţie sau excepţie.

8. Funcţiunea membrului superior este multilaterală şi condiţionată de necesităţile individuale, profesie, activitate, poziţie socială, predilecţii. Aci sunt posibile după amputaţie intervenţiuni chirurgicale ca formarea unei pense (Kruckenberg), formarea unei mâini despicate (Klapp şi alţii), formarea unui canal (Sauerbruch).

Ordonarea schematică a cerinţelor de amputaţie în reguli precise este aci mai grea, mai puţin unitară şi necesită adaptarea terapeutică la situaţia fiecărui caz în parte.

Aparatele de proteză ale membrelor inferioare reuşesc în general să suplinească integral funcţiunile membrului amputat. Nu acelaş lucru se întâmplă cu protezele membrului superior cari sunt departe de a se apropia de gradul de complexitate şi perfecţiune atins de acest organ. Aceste proteze nu au dat satisfacţie în practică şi deaceia s'a recurs cu un remarcabil succes la cinematizarea bonturilor după *technica lui Sauerbruch* (tunelizare) sau a lui Krukenberg (formarea unei pnese). Se ştie că primele lucrări s'au făcut de Vanghetti în Italia.

Bonturile de membru inferior se vor constitui deci după cerinţele aparatelor de proteză, iar cele de membru superior după viitoarele necesităţi funcţionale. Nu este permis deci să se sacrifice nici cea mai mică porţiune din membrul superior pe motiv de inutilitate sau pentru cerinţele protezelor.

Experienţa şi intuiţia chirurgului va decide momentul şi indicaţia amputaţiei în lumina concepţiilor de mai sus, care subliniază datoria noastră de a fi excesiv de conservatori faţă de leziunile membrului superior.

In congresul 34 al Soc. Germane de Ortopedie din Berlin ţinut în Septembrie 1940, Prof. Lothar Kreuz pledează şi dovedeşte, dealtfel în asentimentul tuturor specialiştilor germani, superioritatea indiscutabilă a bonturilor de antebraţ cinematizate după metoda Sauerbruch sau Krukenberg faţă de cele mai perfecte aparate de proteză, mai ales la invalizi cu ambele mâini amputate. Preferând transformarea antebraţului amputat în pensa lui Krukenberg, el pune următoarele condiţiuni pentru efectuarea acestei intervenţiuni chirurgicale:

1). Operaţia trebue să se execute numai atunci când amputatul uni sau bilateral este convins de valoarea funcţională a pensei antibrachiale şi acceptă intervenţia.

2) Invalidul să fie pus în contact cu camarazi purtători de leziuni analoage în perioada în care este internat în spital, pentru ca aceştia să-l iniţieze şi să-l instruiască asupra felului cum se poate face uz de pensa apucătoare naturală antibrachială.

3). Pensa naturală apucătoare Krukenberg serveşte în primul rând invalidului să activeze fără proteze. Asocierea unei proteze Krukenberg la acest antebraţ nu este deloc indispensabilă.

Dacă pentru amputaţiile unilaterale de antebraţ există destule posibilităţi de câştigarea existenţei cu o singură mână, invalizii lipsiţi de ambele mâini au în această operaţie unicul mijloc de a activa manual independent de proteză. Printr'o sistematică exercitare şi utilizare a acestor bonturi s'a reuşit întotdeauna să se depăşească valoarea funcţională a celor mai bune proteze de mână mai ales când amputaţia a fost unilaterală. Datoria noastră este să convingem pe răniţi de rezultatele bune ale acestei metode şi să le redăm curajul şi încrederea într'o refacere a vieţei. Vom căuta, cu concursul camarazilor care au avut acelaş destin şi s'au restabilit, să le intensificăm dorinţa şi *voinţa de vindecare* şi reluare a activităţii.

Se discută şi astăzi în privinţa amputaţiilor, avantajele şi inconvenienţele repartizării acestor invalizi grupaţi în saloane de spital.

Este util să se ţină la un loc amputaţii de membru superior cu cei de membru inferior, pentru că se pot ajuta foarte bine reciproc. Nu e însă recomandabil să se sistematizeze excesiv separarea lor în saloane cu amputaţi numai de gambă, antebraţ, etc., căci îngrijirea este mai grea, personalul medical auxiliar devine prea unilateral, şi-şi pierde entuziasmul, iar cea mai mică deprimare a unui invalid demoralizează şi pe ceilalţi.

Utilizarea precoce a cârjilor este deosebit de folositoare căci scurtează mult durata perioadei de adaptare la proteză.

Aparatele de proteză este bine să fie procurate pentru fiecare invalid din regiunea din care el este originar, pentru ca la nevoe să-şi poată mai uşor înlocui un aparat cu altul identic, care să nu mai necesite o nouă perioadă de adaptare. Pentru acest motiv, invalizii pretind adesea pe drept cuvânt să li se dea dela început şi un aparat de rezervă din tipul cu care sunt familiarizaţi.

* * *

Problema fracturilor prin proectile de răsboiu nu este nici ea complet rezolvată.

Părerile asupra celui mai bun mijloc de transport al fracturaţilor variază foarte mult. Toată lumea este de acord însă că o bună imobilizare asi-

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii

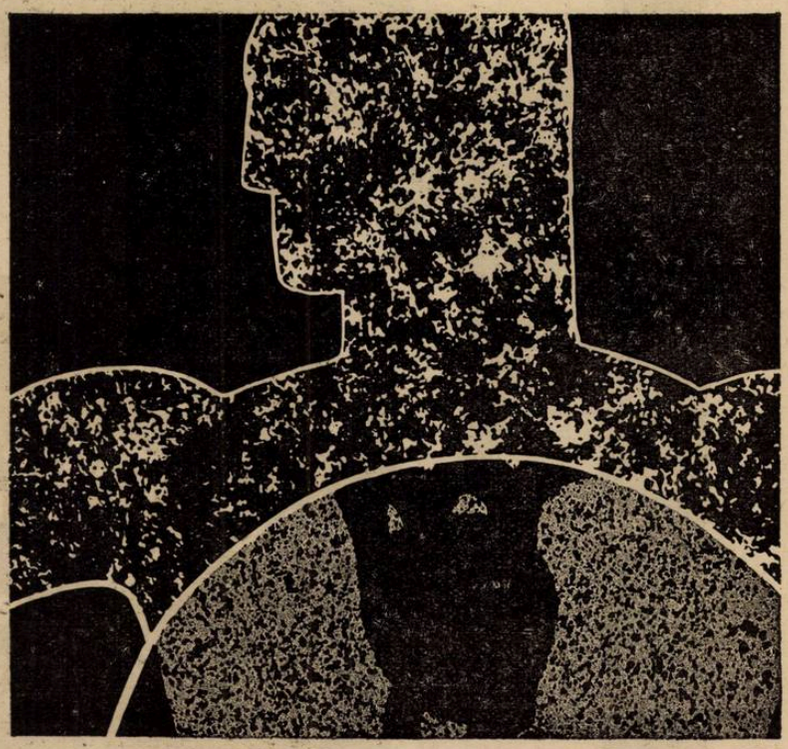
la edeme cu geneză

cardiacă și renală,

la afecțiunile miocardului,

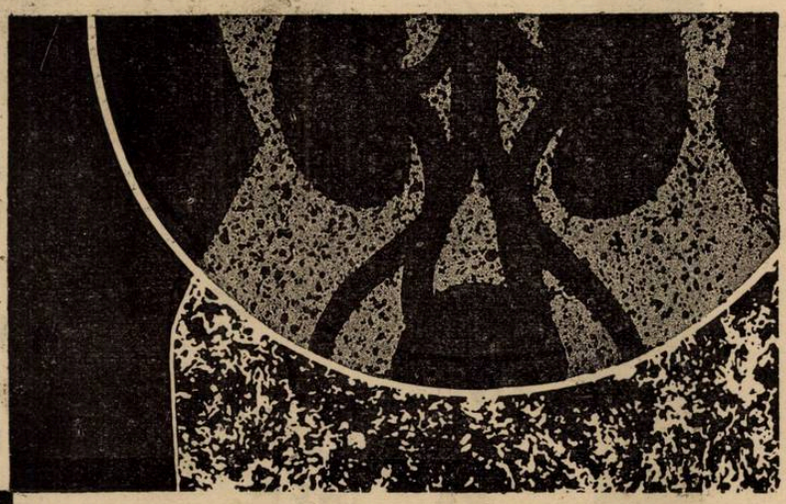
la curele de slăbire

cu



Iod-Calcium-Diuretină

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen/Rin.



Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi 1-2 tablete după masă (mai bine se vor lua cu ceva lichid, ca lapte, etc.).

Admis și de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

Eşantioane şi literatură prin:

„KNOLL" S. A. R., Produse chimico-farmaceutice.

BUCUREŞTI III, Str. Atena 29.

Propaganda medicală: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

gură în condiţiuni optime atât vindecarea plăgii şi fracturii cât şi o favorabilă evoluţie a infecţiei.

In marea majoritate a cazurilor soluţia cea mai bună o oferă aplicarea imediată a unui aparat gipsat. Să nu se uite însă că prezintă uneori serioase incoveniente ca:

a). Dificultatea utilizării în războiul de mişcare, unde timpul redus nu permite aplicarea sa în condiţiuni perfecte.

b). Materialul greu de păstrat şi pregătit.

c). Lipsa de pregătire suficientă a medicilor în domeniul aplicării gipsurilor.

d). Imposibilitatea supravegherii plăgilor grave de război infectate, chiar atunci când se fac ferestre în aparatul gipsat.

Cunoaşterea acestor inconveniente va limita şi raţionaliza utilizarea aparate lor gipsate în chirurgia de război.

Atelele metalice speciale pentru transportul fracturaţilor din primele linii îşi păstrează şi azi întreaga lor valoare.

Ca aparate de durată, gipsul se va aplica la fel ca în fracturile din timp de pace, la plăgile împuşcate bipolare curate, fără infecţie a focarului de fractură şi la leziunile traumatice osoase de război închise.

In războiul de mişcare trebue să se evite sistematic sutura osoasă primitivă.

Extensia cu fir metalic (broşe) s'a dovedit a fi de cea mai mare utilitate în reducerea şi menţinerea fracturilor infectate cominutive ale femurului.

La gambă, ea este indicată tot în fracturi cominutive, cu dislocări serioase.

Fracturile simple de gambă se pot trata cu succes dela început cu aparate gipsate circulare. Fracturile de antebraţ şi de braţ se pretează la imobilizare gipsată, simplă sau combinată cu atele gipsate sau metalice.

In toate cazurile în cari s'au utilizat extensia cu broşe metalice pentru reducerea şi coaptarea fracturei, se va aplica un aparat gipsat imediat ce fragmentele osoase s'au fixat în poziţie bună.

O tracţiune excesiv de puternică şi prelungită favorizează producerea pseudartrozelor, iar un gips ţinut prea mult dă redori articulare.

In cazurile indicate se va recurge deci la combinarea acestor două metode prin cari se realizează cele mai bune rezultate.

Pentru a evita pseudartrozele, ne vom feri de a face eschilectomii întinse în fracturile cominutive.

Recomandarea de a se ţine în abducţie toate fracturile humerusului din vecinătatea articulaţiei scapulo-humerale a dat naştere la exagerări.

După Kreuz, e bine să se ţină fracturile humerusului din treimea superioară într'o abducţie mai atenuată, care favorizează reducerea şi evită apariţia de abcese axilare.

In fracturile prin plăgi de război ale femurului s'a recomandat să se dea coapsei poziţia de semiflexiune. Kirschner preferă poziţia întinsă (orizontală) care evită mai bine difuzarea în sus a supuraţiilor.

Pentru fracturile de război ale membrului superior (cu excepţia celor din regiunea articulaţiei pumnului) nu este indispensabilă o reducere perfectă anatomică, ca la cel inferior. Experienţa arată că fracturile de război ale articulaţiei cotului în care fragmentele s'au consolidat în situaţiuni cu totul anormale, lasă uneori după ele o funcţiune articulară impresionant de bună (faptul s'a observat de mult la tineri şi copii).

In practică, vom căuta să realizăm întotdeauna cea mai bună reducere anatomică fără însă a încerca la nivelul articulaţiei cotului să face reinterveţii sângerând şi nesângerânde repetate pentru a ameliora poziţia fragmentelor osoase. Aceste tentative reaprind infecţia şi compromit funcţiunea articulară.

Poziţia cea mai bună de imobilizare a fracturilor cotului şi regiunilor sale vecine este extensia.

Recomandaţia aceasta pare bizară, dar experienţa arată, că la început extenzia asigură o vindecare mai rapidă.

In linii generale, conduita noastră faţă de fracturile produse prin proectile de războiu se va inspira din următoarele concepţii fundamentale:

Extensia cu broşe metalice se va aplica în fracturile infectate sau nu, pentru a realiza o reducere, acolo unde ca este dificilă, din cauza rezistenţei unor mase musculare, a situaţiei fragmentelor. etc. In această categorie intră fracturile de femur cari aparţin aproape numai acestei metode ortopedice. Fracturile de gambă se vor trata prin extensie numai în formele grave.

Se va recurge la această metodă excepţional în fracturile de humerus şi nici odată în cele de antebraţ.

Imediat ce fragmentele osoase au revenit în poziţia normală şi starea plăgilor permite, se va înlocui extensia printr'un aparat gipsat.

In fracturile cominutive întinse infectate nu vom insista prea mult în sensul de a obţine o refacere anatomică perfectă. Chiar cu riscul unei scurtări de 2—3 cm. vom urmări evitarea pseudartrozei şi obţinerea consolidării. Este frequentă constatarea deplasării tardive a fragmentelor unei fracturi infectate prin proectil de războiu din cauza retracţiei cicatriciale a părţilor moi, deşi iniţial reducerea fusese impecabilă. Aceste dislocări tardive ale fragmentelor se observă chiar în gipsurile cele mai bine aplicate şi trebuesc sistematic combătute.

Idealul este ca toţi cei care tratează fracturi de războiu să cunoască la fel de bine şi technica extensei, şi cea a aparatelor gipsate.

In plăgile de războiu ale articulaţiei genunchiului prognosticul este rău din cauza pericolelor infecţiunii. Va trebui să dăm întotdeauna o deosebită atenţiune schijelor situate în apropierea articulaţiei şi depistate radiologic căci ele pot produce după un lung timp de perfectă toleranţă, odată cu reluarea funcţiunei articulaţiei, o supuraţie acută a genunchiului, din cauza vecinătăţei cu seroasa sau ţesutul sub seros. Dela început vom extrage aceste schije pentru a preveni apariţia empiemului.

Intâmplarea a făcut că în o serie de câteva zeci de cazuri de plăgi de genunchi să avem rezultate bune.

Combaterea contracturilor şi redorilor articulare se sprijină şi astăzi pe vechile metode de mobilizare activă şi pasivă, pe terapia prin căldură şi pe masaj. Se va acorda întotdeauna o atenţiune deosebită mobilizării articulaţiilor dela degete.

In cadrul exerciţiilor necesare refacerei funcţionale a invalizilor trebue să se aşeze pe un prim plan sportul, care supravegheat şi raţionalizat are cea mai bună influenţă asupra moralului lor. Pentru recăpătarea îndemânării s'au amenajat camere de exerciţii şi de lucru manual unde antrenamentul a permis să se obţină adevărate minuni.

Să ne ocupăm deasemenea de educaţia voinţei de refacere a acestor invalizi punându-i cât se poate de repede la adăpost de grija zilei de mâine.

In Germania, profesiunea viitoare a invalidului este stabilită de medic, împreună cu un consilier profesional şi cu ofiţerul de asistenţă socială.

Pentru a asigura succesul deplin al tuturor metodelor precedente terapeutice, vom căuta în mod sistematic să stimulăm prin toate mijloacele dorinţa de vindecare şi de refacere socială a răniţilor.

Intrucât ne priveşte pe noi am cău-

tat dela început să dăm câteva indicaţii în aceste probleme:

In rapoarte, unul din noi, Iacobovici, într'o conferinţă ţinută sub preşedenţia d-lui General Iacobici şi a d-lui Ministru al Sănătăţii Tomescu, a susţinut următoarele:

1). Problema invalizilor de războiu este o problemă de stat şi rezolvarea ei trebue să cadă în sarcina autorităţei militare. Se vor evita astfel tristele împrejurări din războiul trecut.

2). In rezolvarea acestei probleme este bine să ne servim de experienţa altora şi cu deosebire a Germanilor şi s'o adăptăm la situaţiile dela noi.

3). Vindecarea leziunilor anatomice se face de chirurgii noştri în condiţiuni cât se poate de bune. Dificultăţile vin după ce amputatul a fost vindecat.

4). Redarea capacităţei funcţionale să fie asigurată de armată care are doi ortopedişti de valoare şi anume Colonelul Răduţescu şi Nichita şi cărora li se va da tot concursul de Clinică Chirurgicală şi Ortopedică; spitalul de mecano-terapie şi cel de ortopedie.

Instalarea unui atelier de stat pentru confecţionarea şi întreţinerea protezelor este azi indispensabilă.

5). Ar fi bine ca să fie create cel puţin trei centre de acestea şi anume: Bucureşti, Iaşi şi Sibiu şi când împrejurările vor permite să se facă şi alte centre.

La aceste centre s'ar ţine evidenţa invalizilor din fiecare regiune şi s'ar păstra contactul cu atelierele de apareiaj.

6). Reabilitarea profesională şi socială pentru ofiţerii activi s'a rezolvat în chip fericit de *Domnul Mareşal Antonescu* prin menţinerea lor în cadrele armatei. Această măsură a produs o impresie excelentă printre ofiţerii activi mutilaţi. Ştim că în armata franceză, Pau, care fusese amputat în războiul dela 1870, a ajuns general. Ştim iarăşi de menţinerea în cadrele active a lui Gouraud, mutilat la Dardanele.

Dacă se face şi la noi o instituţie de educare şi reabilitare profesională ca în Germania, atunci numărul invalizilor se reduce într'o proporţie însemnată.

7). Realizarea practică a propunerilor s'ar putea face astfel.

Toţi amputaţii vindecaţi să fie dirijaţi fiecare după regiunea căreia aparţine şi acolo să se creeze câte un spital special pentru aranjarea definitivă a bonturilor şi apareiarea lor.

La aceste spitale să se anexeze secţii pentru mecano-terapie, agenţi fizici şi orice mijloace pentru restabilirea integrală a celor cu ankiloze, redori articulare, atrofii musculare, cicatrice vicioase etc.

Aci s'ar face reeducarea profesională. S'ar crea aceste centre deocamdată la Bucureşti, Iaşi şi Sibiu cu concursul armatei, Facultăţilor de medicină şi Ministerului Sănătăţii.

8). Alte spitale ar trebui să fie create pentru îngrijirea şi ocrotirea orbilor, surzilor şi celor cu sechele nervoase rezultate din traumatismele de războiu. Aceste centre s'ar crea în acelaşi mod ca şi cele destinate mutilaţilor de războiu.

9). Ministerul Apărărei Naţionale ar trebui să organizeze o direcţie specială pentru rezolvarea, conducerea şi întreţinerea acestor instituţii.

10). Direcţia aceasta ar ţine evidenţa tuturor invalizilor şi ar avea în grija sa problema plasărei fiecăruia, în raport cu indicaţia dată de secţia de reeducare a spitalelor speciale pentru mutilaţi.

Contribuţiuni la studiul amenoreei polihormonale

de Dr. M. GHERGHICEANU

Studiul eliminarilor hormonilor sexuali în urină (foliculină şi hormonul hypofizar anterior) a permis o precizare a patogeniei amenoreelor. In afară de cauzele anatomice — determinante ale amenoreei şi destul de bine cunoscute — progresele realizate în domeniul Endocrinologiei genitale, cu noile sale mijloace de investigaţie, au permis cunoaşterea şi clasificarea hormonală a amenoreelor.

Zondeck a fost cel dintâiu, care a arătat că amenoreea dacă era considerată până atunci ca datorită unei hypofuncţiuni ovariene şi hypofizare, ea poate fi uneori produsă printr'un exces de secreţiune foliculară. El a denumit acest fel de amenoree — polihormonală.

Menopauza fiziologică străbate ea însăşi — după Zondeck — 3 stadii: 1) stadiul polihormonal (mai mult de 200 U. S. hormon ovarian la litru de urină) 2) stadiul oligohormonal (caracterizat prin diminuarea sau absenţa hormonului ovarian) 3) stadiul de hyperfuncţiune hypofizară (caracterizat prin absenţa hormonului ovarian, însă cu creşterea hormonului hypofizar de maturaţie 110-500 U. R.).

Se înţelege că cunoaşterea formelor de amenoree hyperhormonală, prezintă un deosebit interes în clinică, pentru a se evita erori de tratament, cari nu ar face decât să înrăutăţească starea bolnavelor. In adevăr, ar fi absurd să se trateze prin hormoni sexuali de acelaşi natură amenoreele polihormonale.

Cercetând pe un vast material documentar de observaţiuni clinice cu titrările hormonale respective, ale Laboratorului de Cercetări şi Analize Bio-Hormonale, *«Dr. Crainicianu»*, am găsit un număr de 21 cazuri, cari intră în categoria amenoreelor polihormonale. Iată una din aceste observaţiuni:

Obs. No. 1318 din Februarie 1937:

D-na Valeria M. de 46 ani, necăsătorită.

Menstruaţia la pubertate, la 13 ani, la intervale regulate, în cantitate normală, durata 3-4 zile, fără dureri. Debutul bolii prezente şi simptome: de 6-7 ani menoragii de 6-7 zile. In ultima vreme metroragii continue timp de o lună şi jumătate. De 2 luni s'a instalat o amenoree complectă în urma unui tratament ce căuta să împiedice metroragia. Tensiunea arterială 14-17 cu Hg. Nici un fenomen nervos sau vascular anormal. Nu prezintă hypersecreţiuni sudorale. Nu s'a îngrăşat.

Titrarea hormonilor sexuali în urină: Foliculină peste 120 U. S. Prolan 5 U. s.

Diagnostic: amenoree secundară polihormonală.

După cum se vede eliminarea hormonului folicular a depăşit limitele normale, într'un caz, când ne-am fi aşteptat mai degrabă la absenţa complectă a foliculinii.

Există cazuri de amenoree cu eliminări excesive de mai mulţi hormoni sexuali, cum ar fi: foliculină şi h. gonadotrop, foliculină şi corp galben etc. Iată, de ce *Al. Crainicianu* face o distincţiune firească între aceste forme, pe care le denumeşte amenoree hyper şi polihormonale.

Iată un asemenea caz:

Obs. No. 1278 din Ianuarie 1937.

D-na Elena B. de 42 ani căsătorită.

Menstruaţia la pubertate: prima mens. la 14 ani, la intervale regulate, în cantitate normală, fără dureri:

Debutul bolii şi ce simptome: bolnava a avut până acum 2 luni, ciclul *menstrual* regulat, în cantitate normală, menstrele ţinând 3-4 zile; de atunci s'a instalat în mod brusc amenoreea.

Reacţiunea de sarcină şi examenul clinic sunt negative în această direcţiune.

Tensiunea arterială 17-19 cmc. Hg. Are «buffeuri», palpitaţiuni, cefalee, stări

Tratamentul sifilisului este
o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluție stabilă, gata preparată pentru injecțiuni intravenoase și intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic și clinic ca și
NEOSALVARSAN

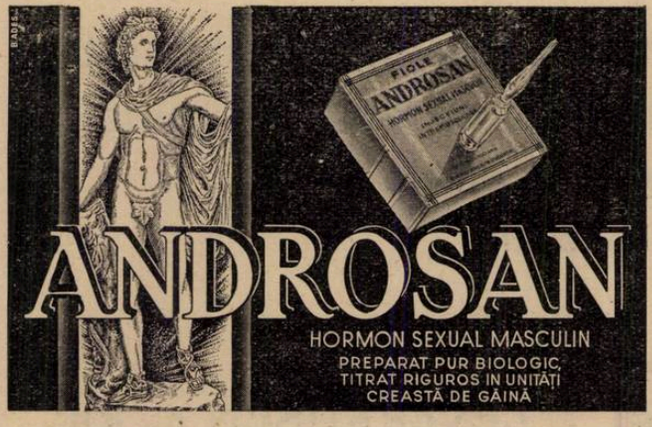
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92 86.

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDA

ANTIREUMATIC — ANALGETIC REVULSIV — TOPIC



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

nervoase diverse, sufocații, transpirațiuni.

Titrarea hormonilor sexuali în urină. Folicilină peste 80 us. Prolan Peste 120 us.

Diagnostic: amenoree secundară hyper și polihormonală.

In rezumat amenoreele prin exces de funcțiune hormonală ar cuprinde după *Al. Crainicianu* 2 grupe:

a) amenoree hyperhormonală (este datorită producțiunii în exces a unui singur hormon: foliculină, luteină, hormon gonadotrop, a fost denumit de *Zondeck* «Polyhormonale Amenorrhoe»).

b) amenoree hyper și polihormonală, caracterizată prin eliminarea în exces a hormonilor foliculari și gonadotropi, cuprinzând cazuri rare.

Dintre aceste 2 grupe, fără îndoială, că prima este mai bine studiată și cunoscută. Este interesant de amintit că *Al. Crainicianu* și *M. Niculescu* au arătat că prin erori de tratament s'a ajuns adesea la cazuri de menopauză precoce prin întrebuințarea în scop terapeutic a dozelor masive de folicilină sau prolan. Unele din aceste observațiuni au aproape un caracter experimental.

Intr'un organism normal hyperproducțiunea de foliculină creează modificări profunde ale tractusului genital, iar aspectul mucoasei uterine devine hyperplazic, în general cunoscut sub numele de «pregravid». Mucoasa devine cu timpul glandular chistică.

In acelaș timp la nivelul ovarului se constată o maturație excesivă a foliculilor ovarieni, cari devin kistici și secretă incontinuu foliculină. Acțiunea continuă și permanentă a hormonului folicular asupra mucoasei uterine, conduce în cele din urmă mucoasa uterină la un aspect special, pe care Americanii l-au denumit «Swisscheese endometrium» (endometrul ca șvaizerul). Ulterior acest endometru fonguos necrozându-se, vor urma hemoragii, mai mult sau mai puțin abundente.

Clinic această afecțiune este cunoscută și sub numele de endometrită fonguasă, hemoragică sau deciduală, hemoragie uterină esențială, caracterizată prin alternanța perioadelor lungi de amenoree cu perioade scurte de hemoragie.

Odată cu titrarea hormonală, care decelează aceste cazuri, după cum am văzut, biopsia poate pune în evidența aceste leziuni.

In etiologia acestui sindrom vom avea în minte kistele ovariene, foliculomul, menopauza la începutul ei, o leziune hypofizară primitivă.

TRATAMENTUL. — Rezultă din cele expuse până aci că înainte de orice tratament trebue să cunoaștem în mod exact *forma de amenoree*. Astfel, dacă amenoreea este datorită unei hyperfuncțiuni — care nu poate fi diagnosticată decât prin dozarea hormonilor sexuali, — adăugarea de hormoni identici, mărește hyperfuncțiunea și simptomele vor fi accentuate.

Odată stabilită forma de amenoree, tratamentul aplicat va fi în consecință. In cazul formei de amenoree hyperhormonală, 3 eventualități sunt de luat în considerațiune:

I. In amenoreea prin exces de hormon hypofizar, vom da foliculină, care în doze mari are o acțiune astăzi bine cunoscută prin studii clinice și experimentale, de înhibițiune a funcțiunilor în exces ale hypofizei (Hinglais, etc.).

II. Amenoreea prin exces de corp galben. Diagnosticul acestei forme întâmpină dificultăți din cauza greutăților de dozare ale luteinei. Cunoscând însă, antagonismul ce există între foliculină și luteină, credem că întrebuințarea de foliculină, în doze mari, poate conduce la bune rezultate.

III. In Amenoreea produsă prin exces de foliculină, bazați pe acelaș principiu de antagonism între hormonul folicular și hormonul luteinic, utilizarea acestuia din urmă este net indicată. Bolnavele tratate cu luteină în faza de hemoragie sunt bine influenate. Cu 4-5 injecțiuni de extract de corp galben — dozat actualmente în unități epure — se pot obține bune rezultate. Deși luteina nu poate actiona asupra desechilibrului secretoriu, care este adevărata cauză a bolii, ea rămâne totuși un prețios medicament simptomatic, împiedicând în numeroase cazuri să se ajungă până la hysterectomie.

Evident, în cazurile unde afecțiunea este datorită tumorilor, (foliculom, Kist, etc,) extirparea acestora este net indicată.

Curetajul cavității uterine este de recomandat, însă peste câtva timp mucoasa se reface cu aceleași caractere și rezultatul intervențiunii devine nul.

In cazurile rebele, din fericire mai rare azi, după întrebuințarea arsenalului terapeutic cunoscut, va trebui să se recurgă în cazuri grave, la intervențiuni chirurgicale de castrațiune sau aplicațiuni de raze X.

Foarte frecvent perioadele de hemoragii sunt însă scurte și amenoreea persistă îndelungat.

Nu putem termina acest articol, fără a insista asupra necesității de a determina în limitele posibilităților actuale *forma de amenoree* și întrebuințarea unei terapeutici logice.

Electro-radioterapia în tratamentul plăgilor de război [1]

de Dr. N. I. NEDELCU
Medic primar Electro-radiolog

In practica electro-radiologică de fiecare zi, în clientela de spital și mai ales în câmpul accidentelor de muncă, am avut deseori ocazia de a trata plăgi, ale căror caractere și cauze, nu se deosebesc prea mult de plăgile de război.

In ultimii ani, agenții fizici cei mai întrebuințați în tratamentul unor asemenea plăgi sunt radioterapia (antiinflamatorie) și înalta fequență cu exponentul ei cel mai recent, undele ultra- scurte.

Pornind dela aceste date și cunoscând că această terapeutică, făcută cu precauție și tatonările necesare fiecărui caz în parte, nu poate fi nocivă și nici nu elimină un tratament ulterior în caz de eșec, am aplicat-o la un număr de plăgi de război la spitalul militar 337.

Pentru ușurința studiului ce am întreprins, am împărțit schematic plăgile de război în:

a) Plăgi ne-infectate, cari se vindecă «per-primam» și de cari nu mă voi ocupa.

b) Plăgile infectate, infiltrate, cu oedeme întinse, cu sau fără corpi străini sau fragmente osoase, cu treneuri limfatice sau flebitice, cu reacțiuni ganglionare în teritoriul tributar; plăgile pleuro-pulmonare cu procese pneumonice post-traumatice, cu epanșamente hematice infectate sau simple; plăgile craniene constituesc cazurile cele mai favorabile ale acestei terapii și deci capitolul de care mă voi ocupa mai pe larg.

c) Plăgile atone, cu distrugeri mari de țesuturi, muguri piogenici, constituesc al II-lea capitol.

Răniții sunt aduși la spitalele noastre, cel mai devreme în prima săptămână, trecând mai întâi prin spitalele din imediata apropiere a frontului. Majoritatea acestor plăgi sunt infectate, având în cea mai mare parte caracterele descrise la punctul **b.**

La un număr de 38 cazuri din această categorie, de comun acord cu medicul chirurg, am aplicat radioterapia. Aplicația se face fie direct pe plagă, fie prin pansament sau aparat gipsat.

Am întrebuințat următoarele constante technice la răniții tratați până în prezent:

100—140 KW., 2—8 miliamp, 5—6 m. m. filtru aluminiu, pentru o distanță focală de 30—50 cm.

Doza de unități R începe de la o minimă de 40 pe câmp și ședință pentru a

[1] Lucrare făcută în spitalul Militar No. 337 Director *Prof. Dr. Tr. Nasta.*

tatona reacţiunile bolnavului, putând fi crescută progresiv la a II-a şedinţă după 48 ore.

In general în plăgile situate în afara centrilor nervoşi, se poate începe fără grije cu doza de 100 unităţi pe câmp şi şedinţă, indiferent de numărul câmpurilor, dacă zona afectată este mare.

Doza maximă ce am administrat pe acelaşi câmp în cursul tratamentului (4—6 zile) a fost până la 400 unităţi.

Dacă după 4—6 zile nu am obţinut efectul scontat, tratamentul se schimbă, pentru a-l relua la nevoie după un interval de 10—15 zile.

Prezenţa pansamentelor nu are nici o acţiune asupra dozelor în profunzime, iar un aparat gipsat cu grosimea uzuală, după experienţele făcute, nu are o valoare filtrantă mai mare de 1 mm aluminiu.

După constantele descrise, se vede că aparatura radiologică este din cele mai modeste şi că orice instalaţie radiologică universală cu un randament de 120—140 KW, prevăzută cu un tub de terapie poate fi întrebuinţată în acest scop.

Urmările imediate ale tratamentului se constată în primele 5—7 ore după iradiere, când se poate observa o mică ascensiune termică, dureri mai accentuate, svâcnituri, usturimi, fenomene cari apoi dispar. După 24 ore se trece la o a II-a aplicaţie, în care caz doza poate fi crescută mai mult sau mai puţin, după reacţiunile constatate. In cursul tratamentului cu Raze X şi dacă este posibil, se suspendă orice medicaţie chimică, iar pansamentul se face simplu, numai pentru a împiedeca contactul plăgii cu mediul ambiant.

In cazurile cu efecte pozitive, primele modificări ce apar sunt dispariţia treneurilor limfatice şi flebitice, a inflamaţiilor ganglionare, şi mai ales a oedemului, o diminuare progresivă până la dispariţia secreţiunilor. Aceste rezultate fiind obţinute, plaga evoluiază rapid către cicatrizare. Pentru ilustrarea rezultatelor ce se pot obţine cu acest tratament, dau sumar următoarele observaţiuni:

Soldatul M. K. cu plagă prin schije a piciorului drept, cu fractură cominutivă a metatarsienelor şi falangelor II. III. IV, cu oedem enorm al piciorului şi regiunei maleolare, cu numeroase incizii şi contra-incizii pe ambele feţe ale piciorului. Se fac aplicaţiuni pe picior prin 2 câmpuri, (pe talpă şi faţa dorsală) pe fiecare câmp câte 100 unităţi.

Se repetă aceiaş doză după 48 ore. După 4 zile de la începutul tratamentului se constată dispariţia totală a oedemului labei piciorului şi regiunei maleolare, cu diminuare aproape totală a secreţiunilor.

Soldatul P. I. cu schije de obuz în pulmonul stâng cu bloc pneumonic central întinzându-se până la axilă şi hemotorax. La începutul tratamentului bolnavul are o stare generală proastă, dispneic temperatură 39,6. Se aplică câte 80 unităţi r, pe blocul pneumonic pe un câmp anterior şi unul posterior. După 24 ore, temperatura scade cu un grad. Se face aII-a aplicaţie după 48 ore de la prima: se administrează 150 unităţi pe un câmp anterior şi altul posterior; în primele 7 ore după a II-a aplicaţie, expectoraţie abundentă cu cheaguri de sânge şi uşoară ascensiune termică până la 39,2.

A 2-a zi temperatura scade sub 37, expectoraţie diminuată. La controlul radioscopic se constată persistenţa a mici resturi semi-opace din blocul pneumonic, iar la bază apare o imagine hidro-aerică. Ulterior, afecţiunea evoluiază ca un hemo-pneumotorax. In cazul de faţă pneumonia consecutivă traumatismului prin schije, a dispărut după 4 zile.

In literatura medicală de specialitate, se găsesc cazuri de pneumonie simplă, gripală sau broncho-pneumonie tratate şi vindecate prin raze X.

Pneumonia post-traumatică prin schije de obuz, reproducând aceleaşi elemente anotomo-patologice, variind cauza, era natural ca terapeutica să fie asemănătoare.

Rezultatele ce am obţinut mă determină să fac o menţiune specială pentru plăgile pleurale cu hemo-pneumotorax. Intr'un număr de 7 cazuri, ce le-am putut ţine sub observaţie mai mult timp — am făcut radioterapie la baza hemitoracelui, prin aplicaţii de 60 r pe câmp, prin trei câmpuri: anterior, lateral şi posterior, în aceiaş şedinţă. Am repetat aceiaş doză după 48 ore.

In general după 5 zile dela începutul tratamentului, nivelul de lichid l-am găsit scăzut mai mult de jumătate faţă de nivelul iniţial.

Junghiul este primul simptom ce se amendează, apoi dispneea, starea febrilă, diminuând progresiv cu gradul de decompresiune a plămânului.

In cazurile în care radiologic găsim imagini hidroaerici etajate, se va face iradierea în condiţiunile menţionate, după un prealabil reperaj radioscopic, fiecare focar trebuind să primească pe trei câmpuri doza necesară.

In majoritatea cazurilor însă, lichidul fiind liber în cavitatea pleurală aplicaţiile se vor face la baza hemitoracelui.

Nu am avut mai multe cazuri de experimentat, de oarece majoritatea bolnavilor cu hemopneumotorax sunt trecuţi în serviciile de medicină internă, dar rezultatele bune obţinute cu radioterapia m'au făcut să le semnalez cu tot numărul lor mic.

Razele X în doză terapeutică, au o acţiune rezolutivă netă, în toate cazurile de oedem, infiltraţie şi procese peri-flebitice.

Odată perioada inflamatorie trecută, secreţiunile diminuate, plaga evoluiază către cicatrizare sau ca o plagă atomă.

Exudaţiunile în plăgile articulare, după o perioadă de exagerare de câteva zile, diminuiază progresiv, regiunea capătă aspectul normal, redoarea diminuă. De altfel în practica de fiecare zi, sequelele articulare post-traumatice şi post infecţioase banale sunt din ce în ce mai mult de domeniul electro-radioterapiei.

In cazul fracturilor deschise, infectate prin dispariţia infiltraţiei, secreţiei purulente şi revenirea cât mai la normal a planurilor musculare, aduce un real serviciu chirurgului ce va practica eschilectomia. Razele X făcute în doză terapeutică anti-inflamatorie, nu sunt nocive ţesăturilor, nu dau friabilitate vasculară, nu au acţiune inhibitoare sau destructivă asupra calusului osos.

De asemenea la nici unul din cazurile iradiate, nu am observat rău de raze.

Plăgile atone au nevoie să fie stimulate pentru ca procesul de reparaţie să se facă mai repede şi mai bine. Pentru acest scop, avem la dispoziţie o întreagă gamă de agenţi fizici: diatermie, înaltă freqvenţă, foto-terapie etc. Dintre acestea cel mai lesne şi mai comod de aplicat sunt undele ultra scurte, cari pot fi făcute direct pe plagă, prin pansament sau prin aparat gipsat prevăzut cu fereastră.

Avem posibilitatea de a le întrebuinţa fie sub formă de unde reci sau unde calde, după cum procesul de hiperemie ce dorim să obţinem trebue să fie mai mare sau mai mic. După 3—4 aplicaţiuni, plaga prezintă uşoare secreţiuni, cari diminuiază, apoi plaga capătă un aspect curat şi cicatrizarea se face mai repede.

In câmpul muncii ca şi în timp de războiu, postulatul medicului este de a da muncii şi apărării ţării brate sănătoase cât mai repede şi mai bine. Radiologul este colaboratorul de fiecare clipă a chirurgului şi de sigur că este acaparat de preocupările de ordin diagnostic.

Am scris acest articol cu intenţia de a interesa pe colegii de specialitate şi în latura terapeutică a specialităţii noastre, pentru ca această colaborare radio-chirurgicală să fie cât mai de folos pentru răniţi şi ţară.

Medicaţia suverană a Insomniei
Nervosităţii şi a Nevralgiilor

CEREBROSAN

Sirop

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ : de 3 ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic : 1 lingură înainte de culcare

Reconstituant energic în

Anemii

Debilitate

Convalescenţă

„Sapic" TONICUM

Sirop

Arsen	Cupru
Fier	Strichnină
Mangan	Glicerofosfaţi

Fiind plăcut la gust e luat şi de copii cu plăcere.

HERBACHOL „Sapic"

CEAIU

Asociaţie de plante medicinale cu acţiune choleretică, cholagogă, antiflogistică şi calmantă

Indicat în

Cholecistopatii subacute şi cronice

Cholelitiază

Mostre şi literatură prin :

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

CAMFOTOL

Camfosulfonat de calciu + chlorhidrat de cholină

TRATAMENTUL RAȚIONAL AL:

Stărilor de debilitate, demineralizare, tuberculoză în toate stadiile și toate formele: pulmonară, ganglionară, osoasă și viscerală, turburări de creștere, precum și toate indicațiile calciului.

ACȚIUNE STENICĂ REMARCABILĂ!

Tratamen: zilnic 1 fiolă intramuscular timp de 2—3 săptămâni.

Cutii cu 5, 20 ș 50 fiole a 5 cc.

PENTRU ROMANIA:

Dr. ALEXANDRU RADU, Bucureşti, Str. Sofia 30

Tratamentul şi evacuarea răniţilor la posturile de prim ajutor la un regiment de grăniceri

Dr. N. STROESCU
Medic Maior

Ingrijirea răniţilor la posturile de prim ajutor batalionare şi regimentar s'a făcut la o proporţie de 80% în primele 3 ore ; de 18% în 4 ore dela rănire.

Răniţi erau transportaţi chiar în timpul luptelor de brancardierii companiilor din linia de foc sau de la cuiburile de răniţi la posturile de prim ajutor batalionare sau regimentar. Inainte de a-i ridica, sanitarii le făceau un prim pansament.

Medicii batalionari le-au dat primele îngrijiri şi le-au întocmit fişa de dinainte.

Brancardierii de întărire trimişi la cerere de serviciul sanitar al Divizieı împreună cu cei ai batalioanelor şi regimentului, transportă răniţii direct de pe câmpul de luptă sau dela batalioane la postul de prim ajutor regimentar.

La postul regimentar am îngrijit răniţii în ordinea priorităţii :

Prima urgenţă: Acei cu plăgi cari au avut nevoe de Garrot, plăgile abdominale, plăgile toracice, fracturile deschise, plăgile craniului.

Urgenţa II-a : Fracturi închise, plăgi profunde ale părţilor moi.

Urgenţa III-a : Plăgi ale feselor, plăgi la mâini, labele picioarelor, plăgi interesând superficial părţile moi.

Chiar şi celor îngrijiţi la posturile batalionare li se făcea o revizuire a pansamentelor. Plăgile erau curăţate de pământ care se găsea mai des la mâini. Resturi de vesminte s'au găsit mai rar. Unde era cazul se badijona cu t-ra iodi. La fracturi am făcut imobilizare provizorie cu atele. La toţi răniţii le-am făcut ser antitetanic.

Din motive de forţă majoră rezultate din condiţiunile în care s'au dat luptele au fost răniţi (3—4 cazuri) la cari s'au dat primele ajutoare după 24—48 ore. Prezentau fracturi deschise ale coapsei sau gambei — şi gangrena gazoasă incipientă. Acestora le-am injectat şi ser antigangrenos (20 cc).

Am completat şi am întocmit fişa pentru cei ce nu o aveau.

La toate plăgile şi la cele în seton am făcut pansament fără tamponament. Tamponament am făcut numai în caz de hemoragii.

EVACUĂRI. 4% din ostaşi erau cu mici sgârieturi sau plăgi superficiale neînsemnate. Aceştia după pansament se înapoiau la unitate.

O altă parte 8—10% cu plăgi uşoare ale membrelor superioare se evacuau pe jos sub conducerea unuia mai mare în grad dintre ei la Ambulanţa divizionară.

Dela postul de prim ajutor regimentar până la Ambulanţa Divizionară 80% din răniţi s'au transportat cu autosanitarele în ordinea urgenţei.

Evacuarea s'a făcut în primele 5 ore dela rănire.

S'au transportat în fiecare autosanitară câte 4 răniţi culcaţi şi 6—7 şezând.

Rar transportul şi evacuarea răniţilor se întârzia fie din cauza bombardamentelor intense ale artileriei inamice fie din cauza drumurilor impracticabile.

Armamentul răniţilor rămânea la postul de prim ajutor şi de acolo se preda regimentului.

Unii răniţi prezentau plăgi multiple diseminate cu retenţie de schije mici.

Cel mai mare procent de răniri era prin schije de obuz de artilerie şi Brandt.

In războiul din 1914—1918 mortalitatea a fost de 15—15%.

In războiul actual mortalitatea este mai ridicată din cauza înmulţirei şi perfecţionării armelor de luptă ale infanteriei, densitatea mai mare a focului, bătaia şi eficacitatea la distanţe mai mari a artileriei, mijloace noi de luptă şi atacul avioanelor de bombardament şi vânătoare.

Procentul mai mare de mortalitate îl dau plăgile craniene (55%) apoi cele toracice şi abdominale (40%).

Am constatat plăgi abdominale cu un singur orificiu mic prin glonţ cari au provocat moartea rapid.

In cauza morţei am mai constatat plăgi ale cordului prin glonţ, ale vaselor mari, ale pachetului vasculo-nervos al gâtului şi plăgi cu fracturi deschise cominutive ale coapsei.

Casca în serviciu protejează de glonţ prin ricoşet.

Posturile de prim ajutor regimentare s'au instalat în locuri cât mai adăpostite de vederi, accesibile şi în apropierea postului de comandă batalionar sau regimentar. Se mai are în vedere a fi aşezate lângă drumuri accesibile pentru autosanitare.

După îngrijirea şi evacuarea răniţilor am făcut asanarea câmpului de luptă.

In general starea higienică a trupei este foarte bună. Nu am avut nici un caz de maladie infecto-contagioasă.

Am avut cazuri frecvente de paludism mai ales recidivat pe cari le-am tratat cu succes regulat şi complect cu chinină, atebrină şi plasmochin.

REVISTA CARŢILOR

Diagnosticul tuberculozei pulmonare la copil şi adult, cu o prefaţă de *Prof. Emile Sergent, de* Dr. D. Priboianu. Bucureşti 1941. — 110 pagini.

Valoarea acestei lucrări, recent apărută, este evidenţiată în prefaţa elogioasă a Prof. Sergent, căruia autorul i-a fost asistent la Clinica propedeutică dela Spitalul Charité, din care extragem pasagiile următoare :

«A reuni într'o monografie «precis» sau într'un tratat, totalul cunoştiinţelor cari constituesc condiţiunile esenţiale de diagnostic ale tuberculozei, nu este o lucrare simplă nici uşoară. Polimorfismul anatomo-clinic al tuberculozei este astfel încât tuberculoza poate lua înfăţişarea tuturor maladiilor. De aceia, de foarte multe ori am repetat aforismul că diagnosticul tuberculozei nu poate constitui decât o aproximaţie, cât se poate de vecină cu adevărul şi construită pe interpretarea totalului rezultatelor obţinute prin colaborarea tuturor mijloacelor şi procedeelor de explorare de care dispune actualmente clinica.

Ori, aceste mijloace şi procedee de explorare pot, fiecare aparte, să conducă la erori, dacă nu sunt aplicate cu o technică riguroasă şi nu se acordă constatărilor pe cari le înregistrează o valoare absolută, radicală, matematică. Un diagnostic clinic trebue construit pe baze ştiinţifice.

Doctorul Priboianu s'a străduit să urmeze această linie de conduită. El a expus cu grijă bazele diagnosticului tuberculozei şi a atribui partea respectivă fiecăreia dintre ele: observaţiunea clinică, diversele tehnicei de explorare clinică şi radiologică, datele furnizate de laborator.

Preponderenţa dată consideraţiunilor de ordin practic, nu a absorbit toate eforturile autorului ; el a înfăţişat de asemeni, şi anumite consideraţiuni de ordin general, cari ocupă un loc important în ftiziologie. El a studiat problemele primo-infecţiunei, a discutat determinismul redeşteptărilor tuberculozei la adult, a dat o desvoltare importantă repercusiunilor noţiunei de ultravirus asupra diagnosticului, a evidenţiat valoarea rezultatelor procurate de cercetarea şi constatarea bacilemiei tuberculoase, în fine a făcut loc şi unui studiu asupra rolului traumatismului în tuberculoză, chestiune a cărei importanţă medico-legală este evidentă.

Broşura D-rului Priboianu reprezintă o lucrare de o importanţă practică indiscutabilă şi va fi pentru medici un îndrumar foarte preţios.

Dr. V. SAVA

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

TRATAMENTUL HORMONAL AL HIPERTROFIEI PROSTATEI

de Dr. MARIUS POPESCU

Problema prevenirei şi a terapiei hipertrofiei prostatei a preocupat mult pe clinicieni în ultimul timp.

Cercetările în ce priveşte de o parte etiologia acestei afecţiuni şi pe de altă parte terapia ei au dovedit — atât pe cale experimentală cât şi în aplicarea în practică — influenţa pe care o au hormonii testiculului atât asupra cauzelor eficiente ale acestei maladii, cât şi asupra ameliorării sau a vindecării ei prin tratamentul hormonal.

Această părere este împărtăşită astăzi de foarte mulţi. Totuşi, nu toţi cercetătorii sunt unanimi asupra rolului atât de important atribuit hormonilor testiculului. Unii dintre ei, în specjal *Niehans*, *Laroche*, *Heitz-Boyer* etc. pun la îndoială influenţa această a homorului. *Niehans* afirmă că nu există numai un singur hormon testicular; că din contra în testicul ar fi şi un hormon femenin (hormon folicular) care ar avea o influenţă specifică asupra ţesutului conjunctiv şi asupra musculaturei prostatei, pe care le-ar mări, determinând astfel hipertrofia de prostată. Hormonii masculi şi femeli din testicul ar lucra normal ca antagonişti, menţinând prostata în stare de echilibru.

Lucrul însă nu corespunde realităţii. Părerile moderne indică hipertrofia prostatei ca o consecinţă a unui deficit în formarea hormonului mascul. Cu drept cuvânt — spune *Boeminghaus* — tratamentul hormonal al acestei afecţiuni este un tratament cauzal, prin aceia că îndepărtează factorii etiologici ai boalei, iar într'un stadiu timpuriu reprezintă o încercare profilactică în sens fiziologic.

Noţiuni de embriologie şi fizio-patologie asupra patogeniei hipertrofiei prostatei sprijină şi confirmă această părere.

Este mai bine de un deceniu de când în 1931 *Butenandt* a reuşit să izoleze hormonul mascul «Androsteron», iar la 1934 *Laqueur* a putut determina «*testosterenul*», increţul specific al testiculului. Prepararea acestor substanţe necesită cantităţi enorme şi anume: din 100 kg. testicul de animale se obţin abea 10 mgr. testeron, iar pentru 15 mgr. androsteron este nevoe de 15.000 litri de urină masculă. Obţinerea hormonului masculin —în scopul aplicării lui în terapeutică — pe această cale era deci, dela început o imposibilitate. Deaceia s'a căutat a se obţine pe cale sintetică şi anume din colesterină.

Hormonii astfel obţinuţi au intrat în terapie, realizându-se asfel trat. hormonal al hipertrofiei de prostată.

Dacă cercetăm literatura din ultimii ani asupra acestei probleme, notăm următoarele:

F. Buehler crede că trat. hormonal dat prompt, înlătură dificultăţile micţionale şi turburările consecutive, chiar în hipertrofia de prostată înaintată. Citează cazul unui om de 72 de ani, având anurie de 3 zile, iar rezidul urinar de 1.500 cmc. Injectând zilnic câte 25 mgr. hormoni micţiunile au devenit spontane, iar rezidul urinar a scăzut la 75 cmc.

Altnburger spune că a obţinut rezultate în 13 cazuri de hipertrofie a prostatei prin trat. cu hormoni masculi. Cazurile cele mai bine influenţate sunt acelea în stadiul I şi II al maladiei. In stadiul III este nevoe de multă atenţiune şi să nu se piardă vreme, dacă intervenţia chirurgicală a devenit necesară.

H. Muxe Genzales aplicând trat. hormonal a putut nota înlăturarea dificultăţilor micţionale. Tratamentul precoce dă rezultate bune. In cazuri mai grele hormonoterapia pregăteşte pentru intervenţie şi este un trat. complimentar după prostatectomie.

Bruni a publicat 15 observaţiuni personale de bolnavi trataţi cu injecţiuni intramusculare de testosteron sintetic în sol. uleioase, din care fiecare miligram are 50 unităţi internaţionale. In total a injectat cantităţi între 75—235 mgr. In concluzie — zice Bruni — dacă hormonii nu pot vindeca o hipertrofie de prostată, confirmată, totuşi ei sunt capabili să oprească boala în evoluţia ei, cu condiţia ca tratamentul să fie urmat multă vreme. Acest tratament constitue totodată un preţios adjuvant pentru intervenţia chirurgicală.

Boeminghaus spune că importanţa trat. hormonal constă în faptul că e în primul rând profilactic. Cazurile din stadiul II nu sunt vindecabile numai cu trat. hormonal. El conchide astfel: în stadiul I terapie hormonală cu controlul reziduului urinar exact; în stadiul II încercare cu hormoni, fără însă a pierde timpul pentru un trat. preparator operativ.

O notă discordantă faţă de părerile de până acum o aduce *Schneider*, care afirmă că deşi metodei nu i se poate tăgădui o acţiune generală tonifiantă, totuşi experienţele pe bolnavi au dezilluzionat. El susţine deasemenea că trat. hormonal tonifică prin influenţa sa asupra musculaturei vezicei şi cel mult printr'o uşoară frânare a proprietăţii de creştere a gl. parauretrale. Deaceia doze mici sunt mai eficace decât doze mari.

O altă notă discordantă este aceea a lui *Niehans* care crede că încercările de a se obţine regresul prostatei hipertrofiate prin administrarea de hormoni masculi nu sunt prea bune. El crede că hormonii eterogeni nu ar fi stimulanţi pentru glanda proprie. Prin ei se face rău glandei sexuale însăşi, care faţă de aportul hormonilor străini reacţionează prin încetarea secreţiei.

Recent *Thévenard* emite teoria că hipertrofia de prostată nu este neapărat o maladie a bătrâneţii, ea fiind găsită destul de des şi înainte de 40 de ani, că deci nu ar fi sub dependinţa senescenţii genitale, ceia ce ar face iluzorie hormonoterapia.

Am expus câteva din părerile pro şi contra asupra chestiunei hormonoterapiei hipertrofiei prostatei. Fără a ne lăsa influenţaţi prea mult de divergenţa mai mult decât aparentă asupra influenţei terapiei în chestiune, odată documentaţi asupra ei am căutat ocazia de a studia tratamentul hormonal la câteva cazuri din clientela particulară, cazuri ale căror observaţiuni clinice, precum şi rezultatele obţinute le vom reda pe scurt în cele ce urmează.

Am întrebuinţat de predilecţie preparatul *Sterandryl* în dozele din comerţ: de 5,10 şi 25 mgr. în injecţiuni intramusculare, repetate la intervale diferite (2-5 zile). Injecţiunile acestea sunt foarte bine suportate. Făcute în stratul muscular ele sunt nedureroase şi nu dau nici un fel de reacţiune locală sau vreo turburare de ordin general.

1. Bolnavul P. N. de ani 61.

Afecţiunea de faţă datează de vreo 4 ani, când a debutat cu dificultăţi micţionale diurne şi mai ales nocturne. Micţiunile mult încetinite, jetul subţire, greoi. Polakiurie: urinează ziua cam la fiecare oră, iar noaptea se trezeşte cam de 3 ori pentru a urina.

Starea prezentă: micţiunile dificile şi frecvente atât ziua cât şi noaptea. Goleşte insuficient vezica. Reziduul vezical: 180 gr. Urinile turburi, groase, lăsând un abondent depozit purulent, cu reacţii acide. Ureea: 0.680.

Prin tuşeul rectal găsim prostata mărită, cu suprafaţa netedă; lobl stâng mărit întrece mult pe cel drept.

Starea generală a bolnavului, deşi a slăbit în ultimii 2 ani, este încă bună.

Diagnostic: *hipertrofie de prostată.*

Am instituit acestui bolnav un tratament hormonal cu *Sterandryl*. Primele 2 injecţii au fost de câte 5 mgr. Apoi 3 a câte 10 mgr. şi 5 injecţii a 25 mgr. In total 10 injecţii. După a 4 injecţie micţiunile diurne s'au rărit simţitor ziua: odată la 2 ore; noaptea urinează cel mult de 2 ori. Reziduul vezical a scăzut la 45 gr.

Tratamentul local, aplicat concomitent, prinlargi spălături vezicale cu hipermanganat de potasiu, albargină precum şi prin desinfectante (uroformină etc.) şi din când în când comprimate de Rubia-

zol, au determinat o apreciabilă clarificare a urinei precum şi dispariţia durerilor micţionale. Starea generală a pacientului a devenit şi ea destul de satisfăcătoare.

2. M. N. funcţionar în etate de 57 ani.

Bolnav de 5 ani, cu turburări în micţiune. Urinează după multă aşteptare şi eforturi prelungite, în poziţii diferite. Polakiurie nocturnă; urinează de 4-5 ori cantităţi mici de urină. Are senzaţie că nu goleşte niciodată vezica. Disurie continuă; senzaţie de greutate la perineu. In rect cu iradiaţii dese şi prelungite.

Starea prezentă: la cele de mai sus se adaogă în ultimul timp dureri lombare de ambele părţi.

Câteva zile înainte de a vedea bolnavul, în urma unei răceli a avut o retenţie complectă, când a fost nevoie de cateterism. După 2 zile — în care timp i s'a pus sonda — micţiunile au revenit în mod spontan, cu uşoare hematurii terminale.

Starea generală: limba uscată, febricietază uşor: 36.5—37.1. Inapetenţă totală. Bolnavul este debilitat.

Tuşeul prostatei arată o augmentare netă a organului, aproape uniformă.

Urinele turburi cu mari flocoane albe, lasă depozit gros. Nu are albumină, nici glucoză. Ureea 0.864 mgr.

Cateterism cu sonda bequille No. 14 la finele unei micţiuni — evacuiază 200 gr. urină turbure, formând reziduul vezicei.

Tratamentul hormonal cu *Sterandryl*. Am aplicat acestui bolnav tratamentul următor: o primă serie de 3 injecţiuni a câte 25 mgr. la 2 zile una. Am continuat apoi cu doze de câte 10 mgr. la aceleaşi intervale. In total 12 injecţiuni. Rezultatele au fost cu totul satisfăcătoare: chiar de la a 2 injecţie de 25 mgr. micţiunile s'au rărit atât ziua cât şi noaptea; se trezeşte cel mult de 2 ori pentru a urina.

Disuria s'a ameliorat simţitor. Local constatăm o uşoară regresiune a prostatei hipertrofiate. Vezica ameliorată: urinile mult mai bune prin trat. local. Desinfectante generale: Rubiazol. Starea generală bună. Bolnavul se hrăneşte şi doarme bine.

3. A. Cr. pensionar, 69 ani.

Are turburări micţionale datând de vreo 8 ani: micţiunile dificile şi dese, atât ziua cât şi noaptea, dar mai ales noaptea. Dureri terminale foarte accentuate, cu iradiaţiuni în toată sfera aparatului urinar.

Văzut acum un an şi jumătate — cu turburări micţionale destul de serioase — i-am prescris o cură de 12 injecţiuni cu Sterandyl, care i s'au făcut în Constanţa, cu rezultate cu totul satisfăcătoare. Totuşi, cam după 6 luni turburările au reînceput, ceia ce determină bolnavul să vină din nou să ne consulte.

In *starea prezentă* găsim o recrudescenţă a micţiunilor dureroase şi greoaie. Urinează ziua la fiece oră; iar noaptea la fiece ½ oră.

Urinele foarte turburi, groase, floconoase. Din când în când uşoare hematurii. Uureea: 0.596.

Acuză dureri lombare, cu iradiaţiuni pe traectul ureterelor de ambele părţi.

Cateterism cu sonda-béquille No. 14, după urinare, indică un reziduu vezical de 370 gr.

Examenul local: prostata mărită, în special lobii mediani şi cel stâng, dură, foarte sensibilă.

Starea generală: foarte slăbit, abea se ţine pe picioare. Febră seara: 37.9 cu frisoane. Limba uscată. Are sete mare.

Am prescris acestui bolnav — care refuza hotărît orice intervenţie chirurgicală — o nouă serie de 15 injecţiuni cu Sterandryl a 10 mgr. fiecare la intervale de 2 zile una; tratamentul acesta a amendat mult atât fenomenele micţionale cât şi starea generală a bolnavului.

După o pauză de o lună cura cu Sterandryl a fost reluată. A fost deasemenea urmat tot timpul un tratament local vezical: lavagii dese cu sol. de albarginâ protargol etc. Intern: uroformină şi rubiazol.

Ureea a scăzut la 0.693. Rezidul vezical: 110 gr. Micţiunile s'au rărit ziua: la 2 ore una, iar noaptea se trezeşte de 3—4 ori pentru a urina.

La finele ultimei cure cu Sterandryl se poate vorbi de o stare generală destul de mulţumitoare.

Am mai aplicat tratamentul cu Sterandryl la un număr de 7 cazuri de hipertrofie a prostatei în diferitele stadii ale maladiei, notând în general rezultate bune, atât în ce priveşte turburările micţionale, cât şi starea generală a bolnavilor.

Minimul de injecţii necesare pentru o cură este de zece, de preferinţă fiecare a 10 mgr. In cazuri grave sau în stadii mai înaintate, cu reziduu vezical mare, cu starea generală proastă se începe de preferinţă cu 3—4 injecţiuni a 25 mgr, urmate de alte 10 injecţii a 10 mgr.

Tratamentul hormonal reprezintă, fără îndoială, un drum nou în tratamentul hipertrofiei de prostată în toate stadiile, tratament de o eficacitate cu atât mai mare cu cât se aplică mai timpuriu.

Totuşi şi în stadiile înaintate, de retenţie complectă, tratamentul hormonal — în speţă cu Sterandryl — poate fi util în sensul că fără a vindeca afecţiunea însăşi aduce o apreciabilă ameliorare a bolnavului: rărirea micţiunilor, dispariţia durerilor şi consecutiv o tonificare generală a organismului în genere debilitat şi intoxicat.

Tratamentul local, în special cel vezical, este în toate cazurile şi în toate stadiile un adjuvant preţios al tratamentului hormonal în hipertrofia de prostată.

REVISTA CARTILOR

Douăzeci de ani de activitate românească în clinica medicală I din Cluj Sibiu.
Tipografia „Cartea Românească" Cluj 1941

Volumul acesta cuprinde 20 ani de muncă românească depusă de Profesorul I. Haţieganu şi colaboratorii săi în slujba medicinei.

Clinica Medicală după cum mărturiseşte D-l Prof. Haţeganu cuprinde un domeniu foarte vast pe care este greu să-l stăpâneşti ştiinţific şi tehnic. Tocmai de aceea profesorul devine «maestru» prin puterea de cuprindere a întregului, prin posibilitatea de apreciere şi puterea de sinteză

Pentru ca, aceasta să fie posibil Profesorul trebue să fie secundat de mulţi colaboratori. Profesorul şi colaboratorii se întregesc reciproc, munca devine armonică, rezultatele se apropie de realitate; din ele profită şi medicii şi bolnavii.

Profesorul I. Haţeganu a reuşit ceeace au realizat atât de puţini la noi în ţară, să-şi creeze o şcoală medicală.

Elevii săi Profesori Universitari, Conferenţiari, Medici Primari au strâns în acest volum activitatea ştiinţifică, universitară, medico-socială şi medico-culturală a acestei Clinici.

Profesorul Ioan Goia, Dr. M. Hângănuţ, Dr. A. Moga, Conferenţiarul Ion Gavril, Dr. P. Radu, Dr. T. Spârchez arată în expuneri clare şi documentate diversele ramuri de activitate a Clinicei Medicale dela Sibiu.

D-l Conferenţiar Dr. Gavrilă publică lista lucrărilor elevilor Clinicei.

Publicaţiile acestea apărute în atâtea reviste tratând subiecte atât de diverse sunt mărturia activităţii.

Dar Profesorul Haţeganu nu s'a preocupat numai cu activitatea ştiinţifică a elevilor şi studenţilor săi în cadrul Clinicei sale. Ca rector a organizat educaţia fizică la Universitatea din Cluj, a organizat la Cluj profilaxia contra tuberculozei, a făcut cursuri de specializare şi perfecţionare, a activat pe terenul igienei sociale în cadrele secţiei medicale şi biopolitice a «Astrei» etc.

Din acest volum însă, traducând activitatea atât de polimorfă a Clinicei Prof. Haţieganu apare şi tristetea pe care a simţit-o maestru atunci când în plină activitate a trebuit să părăsească frumosul spital în care era Clinica din Cluj.

Profesorul Haţieganu redă în cuvinte emoţionante sentimentele sale atunci când a trebuit să plece, dar nu să se resemneze în faţa injustiţiei.

Volumul acesta editat în condiţii tehnice ireproşabile trebue să fie citit de orice medic român spre a vedea roadele unei munci neobosite în slujba neamului şi a bolnavului.

Dr. C. DANIEL

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

Forme de prezentare: Tuburi cu 12 dragele Flacoane cu 25 dragele

---

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Seul concessionnaire pour la Roumanie : Paul Ilutza, Bucureşti IV, Str. Olari, 23

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre medicale şi literatură la concesionarul general pentru România: PAUL ILUTZĂ, Str. Olari 23, Buc. IV. Tel. 2-39-46

ŞEDINŢA CONSILIULUI SUPERIOR AL SANATAŢII

Situaţia sanitară a Basarabiei.—Atitudinea medicilor evrei în această provincie — Problema specializării medicilor

Expunerea d-lui prof. dr. P. Tomescu

D. prof. dr. P. TOMESCU, ministrul sănătăţii a făcut o expunere asupra situaţiei sanitare a Basarabiei pe care a vizitat-o de curând.

Toate instituţiile şi serviciile sanitare ale Statului se află în activitate graţie organizaţiei pregătite înainte de începerea războiului de ministerul sănătăţii şi aplicată pe teren de d. prof. dr. I. Bălteanu care a desfăşurat acolo o activitate admirabilă.

Spitalele publice cari au scăpat de furia distructivă a bolşevicilor, au fost reparate, dotate din nou şi încadrate cu un personal medical ales.

Cele 45 dispensarii mobile organizate pentru ţara veche au fost trecute în Basarabia şi graţie automobilelor de cari dispun, îşi exercită acţiunea binefăcătoare asupra unui teritoriu destul de întins.

Epidemiile, deşi până acum sunt saţionare, constitue încă un serios pericol şi acţiunea sanitară trebue să fie vigilentă şi continuă.

Cu prilejul vizitei făcute în Basarabia am putut culege o serie de informaţii asupra organizaţei medicale comuniste.

Astfel, un agent sanitar ocupa funcţiunea de inspector general, iar medicii evrei stăpâneau situaţia prin număr şi prin importanţa locurilor ce aveau.

Medicii evrei din vechiul Regat, cari au părăsit ţara la pierderea Basarabiei se găseau în fruntea propagandiştilor comunişti.

Unii medici evrei, foşti elevi ai Facultăţilor noastre şi foşti funcţionari publici, mărturiseau că au înşelat 20 de ani Statul Român, ei lucrând tot timpul pentru idealurile lor comuniste.

Mulţi dintre ei, au încercat să incendieze spitalele, înainte de a le părăsi. Personalul subaltern a reuşit să stingă focul în cele mai multe părţi.

Unii medici evrei, au eliberat bolnavii contagioşi din spitale, răspândindu-i pe la locuinţele lor, în scopul evident de a extinde epidemiile.

Aceste fapte, cari întrec orice imaginaţie, sunt cu atât mai regretabile cu cât autorii lor s'au bucurat nu numai de toleranţă dar şi de o excesivă bunăvoinţă din partea autorităţilor medicale româneşti de altă dată.

Problema specializării medicilor

Intrându-se în desbaterile fixate prin ordinea de zi, d. prof. dr. P. Tomescu arată că prin legea sanitară din 1930 s'a dat Facultăţilor de Medicină sarcina de a organiza învăţământul de specializare.

Această însărcinare nu a putut fi însă îndeplinită decât pentru specialitatea stomatologiei şi în parte, pentru igienă.

Faţă de lipsa de specialişti pe care o constatăm acum, când vrem să completăm cadrele necesare organizaţiei sanitare a Statului, se impune o deciziune rapidă şi o acţiune sigură.

In acest scop ne propunem să recurgem la metoda experimentată cu succes în trecut, a specializării prin stagiul de secundariat, unificând concursurile sub egida ministerului sănătăţii. Ţinând seama de nevoile asistenţei medicale a populaţiei şi de planul de desvoltare al organizaţiei sanitare a Statului vom înfiinţa numeroase locuri de medici secundari, plătite de ministerul sănătăţii în toate clinicile şi laboratoriile publice.

Burse pentru studenţii eminenţi — Reorganizarea stagiilor de externat şi internat

De oarece organizaţia Statului are nevoe de medici mulţi şi buni, ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale este dator să aducă partea sa de contribuţie la formarea lor.

De aceea nu ne vom mulţumi să solicităm Faultăţilor de Medicină să înscrie cât mai mulţi studenţi în anul I ci vom ajuta ca elevii eminenţi ai liceelor să poată urma medicina, chiar dacă nu au mijloacele materiale să o facă. Ei vor fi bursierii ministerului sănătăţii în anul I şi II.

In anul III vor fi obligaţi să dea concursul de externat, care urmează să fie reorganizat şi unificat în cele trei centre universitare.

Salariile externilor trebuesc sporite astfel ca să dea studenţilor buni, suficiente mijloace de trai.

Stagiul de internat va constitui, ca şi în trecut, şcoala unei elite medicale, pe care o dorim mai numeroasă şi mai bine retribuită.

D. Mareşal Antonescu, conducătorul Statului care ţine să se facă toate eforturile pentru promovarea tineretului şi pentru ameliorarea organizaţiei sanitare a Statului, a binevoit a aproba aceste proecte pe care i le-am expus acum câteva zile.

Revine ministerului ca în colaborare cu Consiliul superior al sănătăţii, să găsească cele mai potrivite metode pentru ca ele să fie realizate în cele mai bune condiţiuni.

Problema specializărei în higienă şi medicină preventivă

D. dr. **I. Stoichiţia**, secretar general al ministerului sănătăţii expune problema specializării în igienă şi medicină preventivă, arătând că pentru această ramură de specialitate atât de necesară organizării serviciului sanitar ar trebui să se aplice următoarele norme:

Specializarea să se facă la cursurile de igienă şi medicină preventivă în cadrul celor trei institute de igienă;

Aceste cursuri să dureze un an în care timp să se facă cursuri teoretice cuprinzând trei sferturi din durata totală a cursurilor iar pentru rest să se facă lucrări practice pe teren.

La sfârşitul cursurilor şi a stagiului practic medicii să fie obligaţi să treacă examenul de diplomă şi fără de care să nu se acorde titlul de medic igienist;

Medicii cari au urmat anterior cursurile de igienă şi medicină preventivă să fie obligaţi a-şi trece acest examen de diplomă după ce vor fi făcut în prealabil un curs de reîmprospătare.

In afară de aceasta d-l Secretar General Dr. I. Stoichiţia având în vedere necesitatea ca medicii cari urmează să activeze în mediul rural trebue să fie orientaţi şi pregătiţi în problemele sanitare caracteristice mediului nostru rural şi să posede noţiunile elementare despre organizarea şi administraţia noastră sanitară, arată că medicii de circumscripţie înainte de a pleca la posturile lor să fie obligaţi a urma un curs de pregătire de şase săptămâni.

Aceste cursuri urmează să se facă în cadrul celor trei institute de igienă în colaborare cu inspectoratele generale sanitare, având în programul lor un stagiu practic pe teren de două săptămâni şi cursuri teoretice de patru săptămâni cu privire la legislaţia şi administraţia sanitară, combaterea bolilor contagioase şi sociale, statistica vitală, igiena rurală, protecţia mamei şi a copilului.

Aceste cursuri de iniţiere să fie o-

bligatorii pentru toţi medicii cari solicită posturi în mediul rural precum şi pentru toţi aceia cari se prezintă la examenul de capacitate.

D. prof. dr. **Petre Niculescu** — de acord cu propunerile d-lui ministru crede că în afară de stagiul practic de specialitate medicii secundari trebuesc obligaţi să participe odată pe săptămână la cursurile similare.

D. prof. dr. **D. Manolescu** felicită pe d ministru pentru ideea şi iniţiativa luată. D-sa crede că în condiţiunile actuale stagiul de secundariat de trei ani este suficient. Propune concursul de secundariat pe specialităţi.

D. dr. **St. Irimescu** propune organizarea, în cadrul clinicilor medicale a unui curs de tuberculoză pentru studenţi iar pentru pregătirea specialiştilor în ftiziologie stagiul de secundariat în sanatoriile de tuberculoză.

D. prof. dr. **V. Ciocâlteu** mulţumeşte deasemenea d-lui ministru pentru iniţiativa luată şi arată că pentru o cât mai bună reuşită a pregătirii medicilor în dopmeniul specialităţii trebue ca această specializare să se facă în instituţiuni serioase, medicii având un rol bine definit cu toată responsabilitatea.

Cere pentru specializarea în ceeace priveşte laboratorul un stagiu de aproximativ patru ani, iar bursele să fie acordate după norme unitare.

D. prof. dr. **Ionescu-Mihăeşti** este de acord cu soluţia propusă de d. ministru pentru crearea specialiştilor şi stărue asupra cauzelor cari au dus la această carenţă de specialişti. D-sa leagă această problemă de greutatea pe care o întâmpină Facultăţile de Medicină în formarea doctorilor în medicină şi de aceia această problemă trebue studiată împreună cu reforma învăţământului nostru universitar.

In ceeace priveşte bursele d-sa crede că această chestiune trebue lăsată pe seama Facultăţilor de Medicină.

D. prof. dr. **I. Iacobovici** arată că specializarea se poate face şi prin ocuparea posturilor de asistent universitar cu condiţia ca aceste posturi să nu fie blocate, dându-se posibilitatea şi altor elemente capabile de a lucra în clinici sub îndrumarea şi controlul profesorilor şi şefilor de clinică.

D. prof. dr. **Titu Gane** arată că în ceeace priveşte specializarea în domeniul medicinei curative este pentru secundariat un stagiu de 3 sau 4 ani, variind după specialitate, completat cu pregătirea teoretică la seminarii sau colocvii. In domeniul medicinei preventive d-sa este pentru cursurile de specializare în igienă şi medicină preventivă pentru medicii igienişti şi pentru cursurile de iniţiere obligatorii pentru medicii cari doresc a activa în mediul rural.

D. prof. dr. **Iuliu Moldovan** arată că: Este absolut necesar ca medicii igienişti să facă un curs de specializare în igienă şi medicină preventivă de un an la unul din cele trei institute de igienă.

Să nu capete nimeni titlu de medic igienist fără a avea o diplomă obişnuită în urma examenului ţinut la sfârşitul cursurilor.

La cursuri să nu fie admişi decât medicii cari au lucrat un timp oarecare în cadrele serviciului sanitar şi care au ca atare o experienţă.

Medicii şefi ai laboratoriilor de igienă să fie obligaţi a avea diploma de medici igienişti şi să fi urmat cursurile de specializare în igienă şi medicină preventivă. Rolul lor urmând a fi de consilieri ai medicului primar de judeţ în domeniul igienei şi medicinei preventive.

Durata stagiului de secundariat să fie egală pentru toate specialităţile.

Facultăţile de medicină să pregătească medici universali, ei fiind absolut necesari în mediul nostru rural, insistându-se ca atare în programul de cursuri asupra problemelor sanitare mai importante din mediul rural.

D. ministru prof. dr. P. Tomescu încheind desbaterile arată că din discuţiile Consiliului Sanitar Superior rezultă următoarele concluziuni:

Pentru specializarea în igienă medicii vor face un curs de specializare de un an pe lângă institutele de igienă şi sănătate publică din ţară fiind obligaţi a trece la terminarea cursului un examen de diplomă.

Actualii absolveţi ai cursurilor de specializare în igienă sunt obligaţi de asemenea a da examenul de diplomă pentru specializarea în igienă.

Medicii cari vor fi numiţi pe viitor în circumscripţiile rurale vor trebui să urmeze un curs de iniţiere în problemele sanitare rurale şi de igienă. Aceste cursuri vor fi organizate de institutele de igienă şi sănătate publică în colaborare cu inspectoratele generale sanitare.

Concursurile de medici secundari se vor da pe specialităţi. Specializarea se va face în cadrul stagiului de secundariat.

Se vor numi comisiuni care vor stabili normele de detaliu a aplicării hotărîrilor Consiliului Sanitar Superior.

D. Ministru al Sănătăţii mulţumeşte apoi Consiliului Sanitar Superior pentru interesul ce a arătat problemelor discutate.

Noile şcoli ale Ministerului Sănătăţii pentru pregătirea personalului sanitar

D. prof. dr. P. Tomescu, a vorbit următoarele despre învăţământul sanitar, a cărei reorganizare a fost legiferată de curând:

Pentru ca Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale să-şi poată îndeplini misiunea sa de a combate boalele şi de a contribui la progresul social, are nevoe de un personal numeros şi bine pregătit.

Din nefericire el este în prezent foarte restrâns. La recensământul ce s'a făcut anul acesta s'a constatat că avem în total, numai 5.990 de persoane cari au o şcoală sanitară.

Oricine examinează cifra citată îşi dă seama de insuficienţa numerică a acestui personal. Pentru a ajuta şi completa activitatea celor 5.671 de medici români pe care-i avem, ar fi necesar un număr cel puţin triplu de surori, iar pentru cele 4.000 comune pe care ţara mutilată le avea până în Iunie trecut, trebuiau tot atâtea moaşe şi agenţi sanitari.

Pentru a remedia situaţia actuală vom creia în toamna aceasta un mare număr de şcoli, cari vor primi înscrieri între 1—15 Octombrie. Inscrierile se fac la direcţiunea spitalelor Statului pe lângă care vor funcţiona şcoalele.

Examenele de admitere se vor ţine la 25 Octombrie, iar cursurile vor începe în ziua de 1 Noembrie. Dacă Statul are nevoie de un personal sanitar bine pregătit, nu este mai puţin adevărat că fetele tinere au prilejul să-şi formeze o carieră foarte frumoasă, înscriindu-se în şcoalele Ministerului Sănătăţii.

In adevăr, surorile sunt în spitale şi în toată organizaţia sanitară a Statului cele mai preţioase colaboratoare ale medicilor în munca lor grea de a vindeca şi a preveni boalele.

Pentru a-şi îndeplini rolul, ele au nevoe nu numai de o serioasă pregătire ştiinţifică dar şi de însuşiri sufleteşti deosebite pentru a exercita o

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 – 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute şi cronice *la copii şi adulţi,* diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa reprezentanţei generale Bucureşti, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii intramusculare în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

profesiune care cere mult devotament şi abnegaţie.

In schimb activitatea de fiecare zi a sorei îi dă atâtea satisfacţii spirituale încât sunt răsplătite toate eforturile.

De altfel războiul nostru de eliberare, ne demonstrează în fiecare zi câtă pasiune pun în îndeplinirea acestei profesiune doamnele din societate cari lucrează ca surori benevole în spitalele pentru răniţi.

Dacă adăugăm că fetele îşi vor forma în şcoalele Ministerului Sănătăţii, o profesiune frumoasă şi sigură, care le va oferi o existenţă plăcută, desigur că tinerele cari în acest moment sunt pe punctul de a-şi alege o carieră se vor gândi serios dacă nu este bine să se înscrie la o şcoală de surori.

Toate elevele noastre vor fi bursiere ale Statului şi ele vor fi selecţionate printr'un concurs care va ţine seama de aptitudinile candidatelor şi de calităţile lor intelectuale.

Şcoalele Ministerului Sănătăţii sunt de mai multe feluri:

1. **Şcoalele de surori de ocrotire** unde se vor înscrie absolventele a 8 clase de liceu, vor funcţiona la Bucureşti, la Iaşi, la Arad şi la Timişoara. Aceste sunt şcoli mai înalte cu 3 ani de studii în care sunt mai mult desvoltate noţiunile de ocrotire socială.

2. **Şcoalele de surori infirmiere** vor funcţiona în următoarele 25 oraşe mai mari ale ţării: Chişinău, Cernăuţi, Suceava, P. Neamţ, Iaşi., Roman, Bacău, Buzău, Galaţi, Brăila, Ploeşti, T. Măgurele, Târgovişte, Piteşti, R. Vâlcea, C. Lung, Craiova, Lugoj, T. Severin, Timişoara, Arad, Sibiu, Braşov, Bucureşti.

In şcoalele de surori infirmiere se vor primi eleve care au cel puţin 4 clase de liceu. Cursurile durează 2 ani.

După absolvirea şcoalei, surorile infirmiere vor activa în spitalele Statului, unde vor avea o frumoasă situaţie morală şi o bună salarizare.

In ţări străine cu o tradiţie culturală mai veche, surorile sunt foarte numeroase şi graţie priceperii şi devotamentului lor sanatoriile şi spitalele publice de acolo funcţionează în mod perfect.

3. Odată cu organizarea şcoalelor de surori s'a revizuit şi modul de funcţionare al **şcoalelor de moaşe**, cari vor funcţiona la: Chişinău, Cernăuţi, Iaşi, Brăila, Ploeşti, Craiova, Timişoara, Arad, Sibiu şi Bucureşti.

Profesiunea de moaşe este destul de grea, cerând cunoştinţe generale întinse pentru a fi bine învăţate şi frumos practicate. De aceia elevele moaşe vor trebui să aibă cel puţin 4 clase secundare sau o şcoală cu studii echivalente.

4. Şcoalele de laboranţi — au căpătat o nouă organizare şi vor funcţiona la Bucureşti şi la Iaşi. O secţie specială de radiologie, se va înfiinţa la Bucureşti.

5. Fiind informat că unele eleve din şcoalele normale doresc să devină surori, am rugat pe d. General Rosetti, Ministrul Culturii Naţionale, să admită întemeierea **unei secţiuni speciale pentru pregătirea surorilor la o şcoală normală.**

D-sa a acceptat porpunerea noastră şi a decis ca o astfel de secţie să funcţioneze la şcoala normală din Piteşti.

Elevele din toate şcoalele normale ale Statului se vor putea înscrie la secţia pentru surori dela Piteşti.

D. Ministru al Sănătăţii a încheiat expunerea sa rugând pe reprezentanţii ziarelor din Capitală să arate că fetele tinere cari doresc să-şi facă o carieră frumoasă şi folositoare organizaţiei Statului, — se pot înscrie cu încredere în şcoalele Ministerului Sănătăţii.

Astăzi când toate locurile de funcţionari sunt ocupate şi când posturile libere în învăţământ sunt din ce în ce mai rare, — se deschide fetelor tinere o profesiune menită să aibă o mare desvoltare.

Ea le oferă pe lângă condiţii bune de viaţă şi satisfacţii spirituale de o înaltă valoare morală.

Organizarea combaterii tuberculozei în Germania*)

de Profesor Dr. J. E. Kaiser Petersen-Berlin, analiză de Drd. M. Tribalscki.

In lupta contra tuberculozei, mişcarea sanatorială a luat desvoltarea încă din 1892 când din iniţiativa lui Dettweiler s'a început înfiinţarea de sanatorii populare.

Un impuls îl dă înfiinţarea asigurărilor sociale germane de către Bismark.

In sanatoriile construite de asigurări nu se primeau decât cazurile recuperabile. Rămânea deschisă problema tratării tuberculozei la copii şi cea osoasă. Pentru ospitalizarea bolnavilor gravi s'a început construirea de sanatorii mici sau amenajarea în acelaş scop a dependinţelor spitalelor generale.

In afară de mişcarea sanatorială pentru asistenţa tuberculozei, a început în 1903, organizarea de dispensare, de care se leagă numele lui Pütter.

Cum în legea epidemiilor din 1900 tuberculoza nu fusese încadrată, a rămas să se ocupe de asistenţa tuberculozei, fie organizaţii generale de binefacere (crucea roşie) fie societăţi speciale de tuberculoză.

Se păcătuia prin lipsa de unitate. Un început de unitate l'a constituit înfiinţarea acelei «Komission fur den Ausban des auskunfts und Fürsorgestellenwessens für Lungenkranke».

Pentru combaterea tuberculozei, cel mai eficace mijloc erau socotite localurile de asistenţă (Fürsorgestellen) recunoscute de altfel oficial printr'o circulară a Ministerului de Interne. Acestea erau încadrate în administraţia proprie a comunei.

Pe această cale s'a mers până în 1934.

In acest timp deşi lipsea o legislaţie generală, în unele provincii şi mai ales în Prusia, au apărut legi, prin care se obliga declararea tuberculoşilor contagioşi.

Legea din 3 Iulie 1934, fixează câteva puncte, de care medicii trebuiau să ţină seama.

— Depistarea bolnavilor de tuberculoză.

*) Med. Woch. 23 August 1941

— Stabilirea felului boalei.
— Măsuri de profilaxie.
— Planul de cură.
— Măsuri pentru ajutorarea materială.

In 1935, se aplică tuberculozei aceleaşi principii de conduită, ca şi celorlalte afecţiuni epidemice. Tot aci se accentuiază rolul important pe care îl joacă un număr cât mai mare de dispensare bine înzestrate şi cu personal bine pregătit.

Această lege e complectată în Decembrie 1938, printr'o serie de măsuri, privind :

— Declararea obligatorie,
— Stabilirea sursei de contaminare şi a măsurilor de pază, care trebuiesc luate.

In aplicarea acestora se poate face apel la poliţia locală.

Tot prin legea din 1935, se poate împiedica căsătoria unei persoane contagioase. Urmează legi privind depistarea tuberculozei copilului şi a surselor de infecţie pentru aceştia.

S'a complectat asistenţa tuberculoşilor în sensul creşterii copiilor lor.

In 1933, rentele şi conduitele de tratament s'au contopit sub noţiunea de «Regelleistung».

Ca principiu fundamental, se prevede că asiguratul să aibă singur grije de tratament, chiar dacă nu ar suporta toate cheltuelile.

Pneumotoraxoterapia fiind socotită ca un mijloc constitutiv al tratamentului tuberculozei, intră deci în această categorie.

Internarea rapidă în Sanatorii s'a reglementat prin Decretul R. u. Pr. M. d. S. din 7 Februarie 1938, şi prin învoiala dintre Uniunea Naţională a Instituţiilor de Asigurare şi Consiliul Comunal German (Gemeindetag).

Pentru maladiile profesionale suportă cheltuelile Asociaţii de Asistenţă (Fürsorgenverbönde).

Asistenţa nu are numai rolul de a susţine cheltuielile de vindecare, dar şi finanţarea ospitalizării în vederea îndepărtării din mediul lor pe tuberculoşii contagioşi cu puţine sau nule perspective de vindecare.

Cel mai nou suportator de cheltueli e «Tuberkulosenhielfswerk al N. S. V-ului», însă prin contopirea finanţatorilor în «Arbeitsgemeinschaften» s'a ajuns la o rezolvare a problemei cheltuelilor.

In planul gospodăresc al acestei asociaţii intrau câteva puncte :

— Să existe un număr de paturi corespunzător necesităţii tratării, atât a tuberculozei pulmonare, cât şi a altor organe, şi pentru izolarea tuberculozei deschise.

— Diferitele instituţii de tuberculoză, să fie perfect înzestrate (personal medical specializat, tehnică, situaţie climatericâ, şi calităţi de construcţie).

— Să se restrângă chirurgia toracică numai în măsura trebuinţelor.

— Să se organizeze terapia muncii în instituţii de cură şi izolare.

— Instituţiile să fie diferite pentru bolnavi, după sex şi vârstă.

Cât timp probleme se pun însă din surse diferite ca : Ministerul de Interne, de Muncă şi M. S. D. A. T. nu poate fi vorba de o unitate de conducere.

In 30 Noembrie 1938, s'a înfiinţat consiliul de tuberculoză al Statului (Reichstuberkulose-Rat), care e compus dintr'un reprezentant al Ministerului de Interne, al Ministerului Stalului, al Ministerului Educaţiei Naţionale şi Propagandei, un reprezentant al Führerului şi unul al Ministerului Armatei.

Acest consiliu dă directive pentru combaterea tuberculozei,

Pentru îndeplinirea misiunii lui R. T. R. se foloseşte de un comitet (Reichstuberkulose Ausschuss).

Organizaţii ulterioare ale Reichs-Tuberkulose-Rat s'au înfiinţat în ţări, districte şi provincii, păstrând legătura cu conducătorul districtului.

Ca scop ultim e unitatea personalului, ceeace s'a şi realizat pentru prima oară la Viena.

Printre rezultatele îmbucurătoare, se citează radiografiile în serie, care s'au putut realiza graţie concursului Ministerului de Interne şi al Muncii.

Abia când se va crea o organizaţie unitară a sănătăţii, având la bază principiul asistenţii tuberculozii, cu o regulare limpede a celui ce preia costul tratamentului, cu separarea terapiei prin muncă, cu reeducarea la muncă şi asistenţa ulterioară, numai atunci crede autorul că organizaţia asistenţei tuberculozei în Germania va fi satisfăcută.

Doctorul Ioan Zamani

A dispărut încă tânăr un om de bine, care a fost un excelent medic, Ioan Zamani. Moartea lui a fost fulgerătoare, dar amintirea despre el rămâne.

Nothnagel, care la sfârşitul veacului trecut a fost unul din cei mai mari clinicieni ai epocei lui cerea, ca medicul ca să corespundă într'adevăr misiunei lui să fie înainte de toate un om bun. Zamani a fost om bun în toată accepţiunea acestui calificativ.

Dobândind cunoştinţe întinse în specialitatea lui, el aducea la patul bolnavului blândeţe, compătimire şi o deplină înţelegere a suferinţelor lui. Ridicându-i moralul, îi inspira încredere că boala se va îndrepta şi va reveni iarăşi la sănătatea pe care o pierduse, râvnind însă să o recapete deşi se sbătea în chinuri şi dureri.

Macedonean de origină şi-a început studiile de medicină la Constantinopol. Fostul decan al acestei facultăţi, Muktar bei, pe care l-am întâlnit la diferite congrese — a fost şi în Bucureşti cu ocazia unei reuniuni a secţiei medicale a Ligii balcanice — când i l-am prezintat la Belgrad şi-a adus aminte de tânărul student atât de harnic şi zelos. Fiind nevoit să întrerupă aceste studii a venit în ţară, unde l-a atras naţionalismul lui pe care l-a păstrat intens şi viu o viaţă întreagă.

La sanatoriul Filaret, de care s-a ataşat dela început, a fost un neobosit muncitor. Ne-a urmat în timpul războiului celuilalt în Iaşii refugiului nostru în spitalul pe care-l conduceam. Constatând puterea lui de muncă i-am încredinţat conducerea sanatoriului Pângăraţi, după ce îşi complectase studiile la facultatea din Iaşi. La Pângăraţi a dovedit pe lângă competenţă clinică, că era şi un bun gospodar.

După războiu, la sanatoriul Filaret ca şi la un dispensar pe care-l conducea s'a afirmat din ce în ce mai mult ca un ftiziolog de seamă, pentru care tuberculoza pe lângă latura clinică are şi una socială de o mare importanţă, aşa încât lupta contra ei trebue dusă pe ambele tărîmuri, terapeutic şi social.

Pierdem în el un devotat colaborator. Cei ce l-au cunoscut l-au iubit şi apreciat.

Pentru cei ce nu l-au cunoscut, dispariţia lui, în vârtejul actual al morţii poate să treacă neobservată. Notele acestea fugare despre activitatea şi marele lui însuşiri sufleteşti le însemnez dintr'un sentiment de pietate şi prietenie.

Dr. S. IRIMESCU

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta*.

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTURI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).

Extract de malt (vitamina B).

Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.

Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice.

Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol. izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuscular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin St. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

În cazuri de insuficiență cardiacă chiar grave

Scilloral

dă posibilitatea unui tratament continuu, fără a produce turburări micșorând terapia intravenoasă de glicosid

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

VITAMINA D
ERGOSTERIN IRRADIAT
soluție și tablete „RICHTER"

In toate anemiile și în reconvalescență
FERCUPAR
TABLETE
/Fer -|- cupru -|- ficat și vitamina B\

EXTRACTE TOTALE DE OVAR
Ovarium Richter
TABLETE
Glanduovin
FIOLE
Glandovin forte
FIOLE

CALCITERAPIA FORTE

CALCITERAPIE BUCALA IMUNIZANTA

CALCOSTERIN

Intramuscular - Intravenos - Granule - Cachete

COMPOZIȚIA:

Injecții
- Calciugluconic 10%
- Camfor cinamilat
- Colesterină, în soluție apoasă

Cachete și Granule
- Hexaphosphal de Calciu și Magneziu
- Glicerophosphat de Colin
- Citrophosphat de Mangan
- Phenyl Formiat de Cinamil Cholesterină

MEDICAȚIA CALCICA PARANTERALA FORTE

STIMULENT AL REACȚIUNILOR BIOLOGICE DE IMUNIZARE

TUBERCULOZA, TOATE FORMELE ȘI FAZELE

Stări de epuizare — Astenie

Cure de îngrășare

Preventiv contra bolilor infecțioase

Laboratorul **„ASFAR"** Gh. Stoicescu, București, Str. Olari 11, Tel. 2.15.90—1.05.77

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XIX No. 20 — 15 Lei exemplarul — 15 Octombrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. A. COSĂCESCU: *Căscarea plăgilor ca mijloc de tratament al infecţiunilor grave musculare văzute târziu* 269

Dr. T. FIRICĂ: *Asupra organizării şi activităţei spitalului Z. I. 352* 270

Dr. O. CONSTANTINESCU: *Rezultatele tratamentului la o secţie de T. B. C. din sanatoriul Geoagiu.* 273

Pagina

Dr. T. PETRESCU: *Rachianestezia în practica obstetricală şi ginecologică* 274

Dr. PĂUNESCU-PODEANU: *Progrese în terapeutica insuficienţei cardiace* 275

CHESTIUNI DE ORGA

Dr. S. IRIMESCU: *Combaterea tuberculozei* 278

Pagina

REVISTA CĂRŢILOR

Elemente de istologie şi technică microscopică de Prof. Ion Drăgoiu, recenzie de Dr. C. Daniel 280

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Noua salarizare a medicilor; Numărul de medici noi necesari pentru păstrarea cadrelor actuale; Inscrieri în învăţământul de specializare în stomatologie; Un omagiu al Profesorilor Facultăţei de medicină pentru Prof. Bălăcescu 280

IN TOATE INFECŢIUNILE STREPTOCOCICE

Prontosil

Activ în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.

Laboratoarele AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien, 4, Place des Vosges
PARIS (4 arr.)

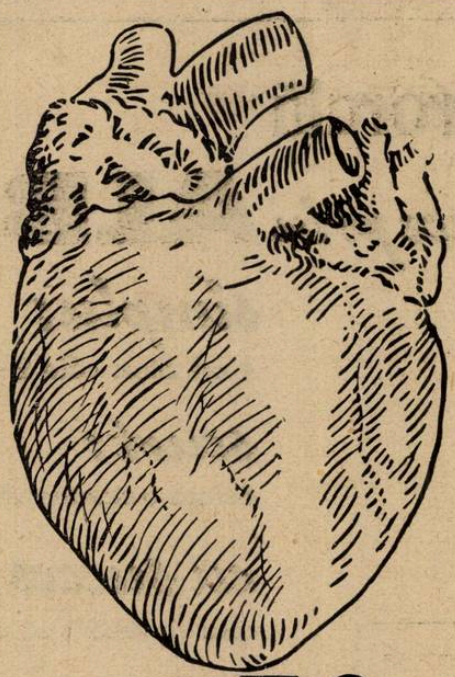
PRODUSELE	INDICAŢIUNI	FORMULE
AMIDAL Amidon parafinat şi fermenţi lactici	Enterite Diaree Disenterie	Pulbere Comprimate Caşete
BACKERINE Fermenţi selecţionaţi şi săruri magneziene	Epiteliome Carcinome Sarcome	Fiole
GÉNATROPINE Polonovski et Nitzberg	Iperchlorhidrie Spasme digestive Vomitări, Colici Diaree	Picături Granule Fiole
GÉNÉSÉRINE Polonovski et Nitzberg	Atonie vezicală Ipo-aciditate gastrică Sindrom solar Tachicardie nervoasă Simpaticotomie Atonie intestinală	Dragee Granule Picături Fiole
GÉNOSCOPOLAMINE Polonovski et Nitzberg	Maladia lui Parkinson Sindrome post-encefalice Anestezie chirurgicală	Picături Granule Fiole
GÉNOSTHÉNIQUE Polonovski et Nitzberg	Neurastenie Astenie Stări de depresiune nervoasă Surmenaj, Convalescenţă	Picături Granule Fiole
GÉNOSTRYCHNINE Polonovski et Nitzberg	Paralizie Astenie Neurastenie	Fiole Granule Picături
SED'HORMONE Dibromcholesterol	Excitaţie Insomnie, Nelinişte	Dragee

EŞANTIOANE MEDICALE ŞI LITERATURA LA CERERE

Depozit permanent:

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.

Str. Sf. Ionică No. 8, Bucureşti I.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi 1/2 comprimată.
	Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi 1/2 comprimată
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin ALBUCID

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conţinând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecţii:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

* Desintoxicaţia care precedă parţial în corp, prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuşi acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinaţia inactivă acetilică ce ia naştere în corp, s'a obţinut un preparat cu acţiune terapeutică simţitor mărită.

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

nevătămător:*
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul ştiinţific Bucureşti, Str. Aurel Vlaicu No. 33.

TORANTIL

Preparat standardizat pentru tratamentul stărilor de intoxicaţie alergice şi intestinale

In tratamentul tuturor afecţiunilor consecutive unei funcţiuni de desintoxicare turburate sau slabe a peretelui intestinal.

BAYER

Colită,
Colită ulceroasă,
Ulcer gastric,
Ulcer duodenal,
Astm bronşial,
Urticaria,
Coriză potenică,
Acne.

»Bayer«
LEVERKUSEN

Ambalaje originale: Flacon cu 20 drageuri.
Cutie cu 5 fiole Torantil + fiole apă dist. steril.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.

Anul XIX No. 20 15 Lei Exemplarul 15 Octombrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Căscarea plăgilor ca mijloc de tratament al infecţiunilor grave musculare, văzute târziu

Prof. Dr. A. COSĂCESCU

Din experienţa celor peste 1900 răniţi din războiul actual — militari români, germani şi civili — îngrijiţi până în prezent sub control personal zilnic, în secţia noastră chirurgicală dela Sf. Spiridon, desprindem încă odată învăţăturile războiului trecut— gravitatea deosebită a plăgilor mari musculare, fie că aceste plăgi sunt însoţite de fracturi, fie că fractura lipseşte.

Procentul plăgilor musculare prin schije de tot felul (de avion, de artilerie, de mortiere, de grenade) a fost, fără îndoială, mai mare decât în războiul trecut; vastele atriţii şi devitalizări musculare, cauzate de aceste proectile, la coapsa, la pulpă, la fesă, ne-au pus probleme de tratament foarte grele.

Şi la răniţii trataţi repede şi evacuaţi la noi dela posturile prime de chirurgie şi la răniţii primiţi direct depe front în prima perioadă, când spitalul nostru funcţiona ca primul post chirurgical, am găsit aceste mari atriţii musculare, neregulate, la rănile prin schije, chiar când orificiile de pătrundere şi eşire erau mici; debridarea simplă a acestor plăgi grave nu este întotdeauna suficientă, chiar când ea a fost făcută în primele ore.

Orificii de pătrundere şi eşire modeste au putut înşela asupra gravităţii reale a unor plăgi prin schije care aveau la început o aparenţă destul de blândă; la posturile înaintate chirurgicale această aparenţă de simplitate a îndemnat pe mulţi chirurgi să se mulţumească cu o debridare a plăgii completată cu un tamponament sau cu un drenaj simplu. Numai în zilele următoare, după evacuare, evoluţia acestor răniri cu mari focare neregulate de sdrobire musculară a arătat gravitatea lor mare.

La o bună parte din aceste plăgi ne-a fost dat să observăm infecţiuni grave, rebele şi hemoragiile secundare repetate, pe care nici ligatura marilor trunchiuri arteriale nu le suprimă.

Exciziunea largă a ţesuturilor devitalizate, făcută din primele ore şi fără economie până în ţesuturi şi muşchi sănătoşi, fără sutură, rămâne practica cea mai recomandabilă, singura — am zice, — care poate da aproape certitudinea unei evoluţii simple, şi am aplicat-o constant.

La răniţii care ne-au sosit mai târziu, după 3—4—5 zile dela debridarea plăgii, în plină evoluţie septică locală — ceiace arată insuficienţa debridărilor simple — am practicat excizii foarte largi, ridicând larg toată porţiunea de ţesuturi devitalizate, până în ţesuturi de aparenţă sănătoasă. La unii bolnavi excizaţi târziu am putut obţine astfel, utilizând des Prontozil-pulbere, o calmare a fenomenelor inflamatorii şi o ameliorare a evoluţiei.

La alţi bolnavi chiar această largă curăţire târzie a focarului nu a adus nici o modificare evident favorabilă: procesul infecţios continuă, plaga vastă se acopere repede şi exuberant de muguri murdari, rău mirositori, secretând o serozitate abundentă, sângerând foarte uşor; plaga este în permanenţă acoperită de chiaguri mici, procesul se extinde în lungul tecilor vasculare şi mai ales hemoragiile secundare apar însoţite de anemie pronunţată, care arată şi diminuarea considerabilă a numărului de hematii şi scăderea valorii globulare.

Drenarea largă cu tuburi şi lamă de cauciuc, cu compresă moderat strânsă, irigaţia cu Dakin, nu ne-au dat rezultatele pe care le aşteptăm. Tuburile sunt repede izolate de fongozităţi exuberante murdare şi compresele imbibate pierd puterea de absorbţie şi drenaj si fac dop.

Pentru aceste plăgi văzute târziu, a căror evolutie este ameninţătoare, singurul mijloc care ne-a dat rezultat constant până acum este **căscarea largă a plăgilor.**

Ca principiu, expunerea foarte largă a focarului în toată întinderea şi toată profunzimea, este singurul mijloc de control şi de atenuare a microbismului local; ca tehnică ea este simplă şi usor de obtinut.

Curăţirea îngrijită a tuturor ţesuturilor alterate este obligatorie începând cu buzele tegumentare, ţesutul celular şi aponevroza; o excizie largă, până la fibrele sănătoase ale muschiului alterat — care are aparenţă, pe alocuri, de miez de pâine, de pastă de muşchi, în alte părţi, o coloriţie cenuşie-verde, de Roquefort — desfiinţează toate anfractuozităţile şi dă o vastă cavitate unică, regulată, pe care trebuie să o întreţinem larg căscată.

Plaga astfel curăţită şi regularizată se menţine larg deschisă prin mijloace simple uşor de aplicat.

După ce am întrebuinţat, pentru îndepărtarea buzelor rănei, fire simple de catgut sau aţă trecută transversal şi fixate la distanţă în tegumentele sănătoase, pentru a evita secţiunea lentă a ţesutelor provocate de aceste fire subţiri, am recurs la tracţiunea cu benzi de tifon.

Dacă trecem câte o bandă de tifon— de preferinţă sub formă de meşă lungă — transversal prin toată grosimea masei masculare a fiecărei buze a plăgii, obţinem 2 anse de tracţiune pe care le fixăm fie la distanţă prin tegumentele sănătoase, sau, şi mai bine, de un cadru metalic, uşor de improvizat dintr'un rest de atelă de sârmă sterilizată. Tracţiunea moderată perpendiculară pe direcţia plăgei a anselor de tifon astfel fixate întreţine, fără nici o suferinţă, toată plaga larg deschisă.

Tuburi groase de cauciuc încovoiate aşezate culcat pe fundul plăgii şi fixate prin 2—3 fire de ţesuturi, întreţin plaga bine deschisă până în fund, prin tensiunea loc elastică. Aceste tuburi nu au rol de drenare, ci de căscare a plăgei. Pentru o plagă mare la pulpă, trei asemenea tuburi, ajung să întreţie deschisă toată plaga şi sunt uşor suportate de bolnav.

Îndepărtătorul Gosset lăsat în plagă dă o căscare foarte bună plăgii, dar este mult mai dureros şi greu de suportat de bolnav din această cauză.

Lame elastice metalice, de tipul balenelor de corset, mai dulci decât depărtătorul Gosset, pot fi aşezate în punte pentru a întreţine deschisă plaga. O mică încovoiere a extremităţii acestor lame împiedecă alunecarea

Căscarea plăgii o menţinem astfel 2—3—4 zile, după indicaţiile pe care le dă evoluţia infecţiunii locale.

In tot acest timp plaga rămâne, fie expusă mult timp la aer, acoperită de un simplu tifon, când condiţiile de ospitalizare şi supraveghere permit acest lucru, fie acoperită numai de un câmp mare steril, fixat în câteva ace de siguranţă şi poate fi tratată cu spălături repetate de Dakin.

Această largă căscare a plăgilor

permite: drenarea largă a secreţiunilor abundente, mai uşor decât orice alt mijloc de drenaj; aerarea continuă a plăgii şi modificarea repede a microbismului local; împiedecă retenţiunea de ţesuturi sfacelate şi deci condiţiunile optime de desvoltare microbiană în profunzime.

După 3—4 zile de asemenea tratament, când se suprimă mijlocul de îndepărtare, plaga rămâne încă larg-deschisă; ţesuturile pe cale de organizare nu au o tendinţă de apropiere imediată şi după câteva zile ele iau aspectul normal dintr'o plagă simplă pe cale de cicatrizare per secundam.

pentru numeroasele răni grave ale

Rezultatele pe care le-am obţinut maselor musculare, văzute târziu după 3—15 zile dela rănire, şi asupra evoluţiei cărora aveam cea mai mare îndoială, ni se par foarte mulţumitoare.

In trei cazuri am reuşit, cu acest mod să stăpânim hemoragii grave secundare, datorite streptococului hemolitic, hemoragii repetate rebele, la care toate tratamentele încercate — sulfamide, drenare obicinuită, Dakin, ligatura trunchiurilor arteriale — nu dăduseră nici un rezultat.

Suntem convinşi, din experienţa de până acum a hemoragiilor repetate pe care le-am observat, că numai această practică a căscării plăgei a putut evita o amputaţie în aceste cazuri.

Asupra organizării şi activităţii spitalului Z. I. 352

de Dr. TEODOR FIRICĂ

Organizarea chirurgiei în timp de război, a ridicat întotdeauna probleme greu de rezolvat, chiar şi în ţările mari, occidentale. Cu atât mai mult aceste greutăţi trebuiau să se resimtă la noi, cari în ultimii ani am fost puşi la încercări atât de dureroase.

Conducătorii noştri au dat o deosebită atenţiune nevoilor sanitare ale armatei şi într'o admirabilă conlucrare Armata şi Ministerul Sănătăţii au reuşit să realizeze atât în zona operativă cât şi în zona interioară un serviciu medical bine înzestrat şi ca material şi ca personal.

Spitalele din zona interioară au fost plasate unele în vechile spitale civile, altele au fost improvizate mai ales în localurile de şcoală. Desigur că greutăţile au fost mari chiar pentru spitalele civile cari au fost silite să-şi mărească cu mult numărul paturilor. Situaţiunea a devenit însă cu mult mai dificilă pentru spitalele improvizate, cari trebuiau să se organizeze de cele mai multe ori în localuri improprii, cu personal inferior insuficient ca număr, neinstruit, la cari se adăogau încă atâtea alte lipsuri legate de nesfârşitele nevoi ce ţin de existenţa unui spital.

Spitalul nostru a fost mai norocos. El face face parte din grupa de spitale organizate sub auspiciile Consiliului de Patronaj de sub prezidenţia Doamnei Maria Mareşal Antonescu, pe care o ştim cu toţii cu câtă neobosită şi permanentă grije caută să realizeze o cât mai perfectă asistenţă medicală a răniţilor de război.

Delegata Patronajului şi conducătoarea directă a spitalului este D-na Maria Petrovici. In războiul trecut D-nia Sa a condus la Iaşi spitalul de sub şefia regretatului profesor Dr. Gerota şi de atunci până astăzi a făcut parte încontinuu din comitetul Societăţii Invalizilor de Război. Toată experienţa căpătată în acest şir de ani a depus-o pentru organizarea, înzestrarea şi gospodărirea acestui spital. Ajutată de un grup de Doamne dela Patronajul (D-na G-ral Nicolaescu, Fodor, Maican, dr. Evolceanu, dr. Vişineanu, Buhoreanu, Sichitiu, etc.) neobosită se află permanent în mijlocul răniţilor.

Spitalul nostru este găzduit în localul Şcoalei Centrale de fete, unde putem spune că a găsit o gospodărie model, un concurs şi bunăvoinţă deosebită din partea D-şoarei Malaxa, directoarea şcoalei şi întregului corp profesoral şi administrativ.

* * *

Sptalul nostru a început activitatea cu un număr de 400 de paturi la care în ultimul timp s'au mai agăogat încă 100. Echipa medicală este formată dintr'un chirurg şef, 3 chirurgi şefi de secţie (D-nii Dr. Filitti, Condiescu şi Avachean) ; 2 medici internişti şefi de secţiei (D-nii Dr. Vişineanu şi Neagu) ; D-na Dr. Marinescu Luntrariu, internist ; D-nele Dr. Petraşcu şi Bratu, medici stomatologi ; D-na Dr. Dumitrescu Şt. radiolog; şi Dr. Marius Vulcănescu, radiolog, D-na Dr. Eliza Stefănescu, medic al şcoalei, care ne au dat concursul lor în mod benevol.

* * *

In timp de 2 luni şi ceva, s'au internat în spital 818 răniţi. Dintre aceştia s'au vindecat şi au fost trimişi la P. S. sau în concedii medicale 210 răniţi. Au fost reformaţi 5 şi au fost trimişi pentru serviciul auxiliar 2. Au fost evacuaţi la alte spitale pe cale de vindecare 247. Am avut în total 5 morţi, dintre cari 3 fac parte din ultimile transporturi de răniţi. Cazurile mortale au fost următoarele : unul cu plagă enormă prin schije de obuz, intrată prin fosa inguinală stângă, cu fractură cominutivă a basinului, ruptura vezicei şi infiltraţie de urină a spaţiului celular subperitoneal. Ultimii 4 au murit cu fenomene de gangrenă gazoasă; este de remarcat că din aceste ultime 4 cazuri cu gangrenă gazoasă unul singur avea plăgi enorme anfractuoase cu fractura cominutivă a ambelor coapse. Ceilalţi 3 prezentau setoane aparent fără importanţă ale părţilor moi, bunate cu meşe la sosire, şi cari desigur că tocmai pentru aspectul lor uşor au fost mai neglijaţi cu prilejul primelor îngrijiri. Totuşi socotim că procentul de mortalitate arătat, (0,61%) având în vedere natura agenţilor vulneranţi, starea de oboseală a soldaţilor cât şi greutăţilor imense ale îngrijirilor pe front poate mulţumi cele mai pretenţioase statistici ; *şi de asemeni trebuie să subliniem că acest rezultat bun se datoreşte tocmai primelor ajutoare cari fac cinste colegilor noştri aflaţi în zona operativă.*

* * *

In rândurile ce urmează vom da pe scurt câteva cifre şi rezultate ce s'au obţinut până acum, cari nu reprezintă bineînţeles decât date provizorii.

Ţinem dela început să spunem că ne-am condus după conduita chirurgicală pe care am practicat-o în Clinica maestrului nostru D. Prof. Dr. Amza Jianu, unde cu mulţi ani în urmă s'a întrodus în tratamentul fracturilor technica şi instrumenţaţia lui Böhler.

Pe 818 răniţi marea majoritate a plăgilor au fost localizate la membre (333 plăgi ale membrelor inferioare, 319 plăgi ale membrelor superioare, în total 642 răniri ale membrelor. Iată repartiţia lor:

Răniri ale părţilor moi.

Din 319 răniri ale *membrelor superioare, părţile moi* au fost interesate de 123 de ori (69 răniri prin gloanţe, 54 răniri prin schije). S'au observat de 14 ori leziuni ale nervilor periferici cu paralizii consecutive.

Din 333 răniri ale *membrelor inferioare, părţile moi* au fost interesate de 226 de ori (117 răniri prin gloanţe, 109 răniri prin schije). S'au notat 6 secţiuni ale nervilor periferici cu paralizii consecutive şi un anevrism arterio-venos al vaselor femurale în triunghiul lui Scarpa.

Tratamentul aplicat a fost inspecţia imediată a plăgilor, debridare, contraincizii, drenaj larg cu tuburi şi irigaţie continuă cu soluţie Dakin, până la căderea temperaturei. Seroterapia antigangrenoasă şi antitetanică au fost întrebuinţate sistematic. Cantitatea de ser antigangrenos injectat a variat după gravitatea plăgilor între 40-100-200 cc. pe zi, pe cale subcutanată. Pansamentele au fost schimbate zilnic la

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p. (γ fenilpropilamino) fenil sulfamid x-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3–4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice.
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi *remineralizantă*

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

febrilii mari, suspecți de gangrenă gazoasă, cât mai rar în plăgile cu aspect normal. Inafară de sol. Dakin, apa oxigenată, sol. Rivanol, în ultimul timp am întrebuințat în aplicațiuni locale

Doamna Maria Mareşal Antonescu printre răniții din spital

pulbere de Exoseptoplix sau de prontosil, cari par a grăbi sterilizarea plăgilor. Administrarea sulfamidelor per os (prontosil, rubiazol, etc.) s'a făcut sistematic.

Aspectele cele mai grave au fost văzute la plăgile suturate sau tamponate. Noi nu am îndrăznit să aplicăm sutura imediată niciodată deoarece răniții soseau la mai multe zile dela rănire, iar plăgile aveau un aspect urât.

Plăgile membrelor însoțite de fracturi.

Aspectul fracturilor în serviciul nostru a diferit categoric la primul lot de 200 de răniți, față de ultimii sosiți. La aceştia din urmă predomină caracterul puternic destructiv, majoritatea fracturilor fiind cu explozii mari ale țesutului osos, multifragmentare şi deseori cu mari lipsuri de substanță. O remarcă pe care trebuie să o facem este că aproape toți ofițerii şi subofițerii s'au prezentat cu răni din cele mai grave.

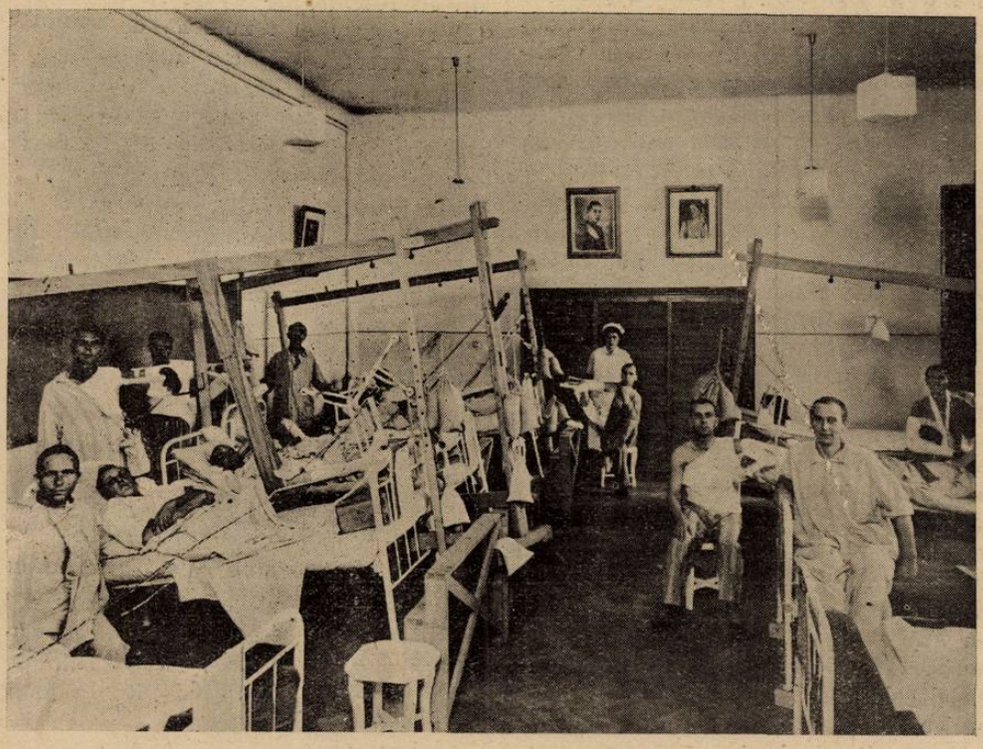
Până în prezent am avut *91 fracturi la membrele inferioare*, 58 prin gloanțe, 33 prin schije, repartizate astfel:

Fracturi deschise de femur	22
» » gambă	35
tars şi metatars	32
Fracturi deschise ale oaselor genunchiului.	4

Numărul *fracturilor* localizate la *membrele superioare* a fost cu mult mai mare: 194 fraturi, 100 prin gloanțe, 94 prin schije. Repartiția lor pe segmente a fost următoarea:

Fracturi ale umărului (cap humeral, omoplat, claviculă)	17.
Fracturi ale humerusului (diafiză şi extremitate inf.)	49.
Fracturi ale oaselor cotului	9
Fracturi ale antebrațului	45.
Fracturi ale oaselor mâinii (carp şi metacarp	74.

Gravitatea leziunilor părților moi şi ale scheletului desigur că au variat cu natura agentului vulnerant, plăgile prin schije de obuz, bombe, branduri, etc., fiind incomparabil mai grave.



Un salon al spitalului

Atitudinea noastră a fost aceiaşi ca în leziunile părților moi, toaleta, debridare, contraincizii, drenaj, ferindune pe cât posibil de a umbla în focarele fracturare, pe care noi le vedeam la câteva zile dela rănire, când bariera naturală a organismului începea să se constitue. Irigația continuă cu soluția Dachin, a fost aplicată în toate cazurile până la căderea temperaturei la normal. In momentul sosirii răniților ne-am mărginit în general la măsurile strict necesare, deoarece de cele mai multe ori soseau şocați şi istoviți de drumurile uneori foarte lungi. După o noapte de odihnă, de hidratare şi remontare generală, puterea de rezistență creştea şi atunci puteam cu mai puține riscuri să trecem la manopere mai complicate şi mai traumatizante.

Aspectul puternic destructiv al leziunilor osoase, cât şi intinderea şi plasamentul leziunilor părților moi, ne-a obligat în general să aplicăm atât pentru braț cât şi pentru coapsă, metoda de extensie contină transosoasă după technica lui Böhler, utilizând potcoava lui Kirschner, atela Braun şi cadrul de extensie, pentru membrele inferioare. Pentru fracturile de humerus ne-am servit tot de technica lui Böhler întrebuințând aparate confecționate din atele Kramer, cu brațul plasat în abducție şi anteducție uşoară. In 15 din 49 fracturi de humerus, fie sediul distal al fracturei, fie întindera leziunilor părților moi, ne-a determinat să practicăm extensia transosoasă tot cu ajutorul potcoavei lui Kirschner, făcând transfixia prin olecran. In acest fel am reuşit să obținem rezultate bune în fracturi din cele mai greu de redus şi mai ales de menținut.

Complicațiunile cele mai supărătoa-

re au fost *gangrena gazoază, hemoragiile secundare* şi *maladia serului.*

Din cele 642 de răniri ale membrelor, 75 de cazuri au fost însoţite de stare febrilă mare. Dintre aceştia 2 au pezentat semne categorice de gangrenă gazoasă; 6 au fost amputaţi dintre cari 3 cu sfârşit letal, 10 au fost consideraţi cu mare probabilitate cu infecţie gazoasă. Toţi aceştia au fost vindecaţi numai prin seroterapie, sulfamide per os şi în aplicaţiuni locale şi drenaj larg cu irigaţiune continuă cu soluţiune Dakin.

Menţionăm de asemeni 10 cazuri cu *hemoragii secundare,* dintre cari 2 ne-au dus la amputaţie. In primul caz era o perforaţie a arterei humerale. In al 2-lea caz hemoragia mare, în masă venea dintr'o plagă în seton a gambei stângi. Deschizând larg am căzut pe o masă enormă de atriţiune a întregei musculaturi posterioare a gambei, cu hemoragie difuză. Având în vedere gradul mare de anemie, febra de 39°—40° şi pericolul de infcţie gazoasă am decis amputaţia. Cele mai multe hemoragii s'au produs cu prilejul unor eforturi în gneral minime. N'am avut nici un caz letal.

Atât în cazurile de hemoragii secundare cât şi în infecţiunile mari ne-am servit de *transfuzii repetate de sânge conservat,* pe care l-am obţinut dela Centrul de Transfuzie din Spit. Filantropia. Profităm de acest prilej, ca să aducem toate mulţumririle noastre d-lui Dr. Virgil Ionescu, şeful acestui centru de transfuzie, pentru admirabila organizaţie pe care a realizat-o şi pentru amabilitatea cu care ne-a servit întotdeauna.

După cum am arătat mai sus am aplicat seroterapia antigangrenoasă pe o scară foarte întinsă. Ne-a impresionat însă *accidentele serice* survenite la ultimele sute de răniţi; manifestările au fost foarte variate: stare febrilă mare, erupţii violente şi foarte dese artralgii tip poliarticular uneori, alteori tip monoarticular. Aceste manifestări au apărut uneori asociate, alte ori izolate. La 3 din răniţii noştrii singurul simptom a fost un trismus care desigur că în primul moment ne-a făcut să ne gândim la *tetanos,* şi care a dispărut apoi în urma injecţiilor de ser antitetanic. Ne întrebăm însă dacă aceste manifestări nu s'au datorit tot unei monoartrite temporo-maxilare, de aceiaşi natură ca şi celelalte artralagii solitare postserice.

Fracturile de basin au fost notate numai de 4 ori, dintre cari 2 au fost foarte grave, prin schije de obuz, cu orificiul de întrare fesier iar cel de ieşire prin fosa inghinală opusă, cu ruptura vezicei şi fractură cominutivă a pubisului. Am pierdut unul pe care l-am citat la început. Restul s'au vindecat.

Tot atât de rare au fost şi *fracturile de coloană vertebrală.* Am avut 1 fractură a coloanei lombare fără semne de compresiune nervoasă, la un rănit îngropat de un obz, şi 2 fracturi cu leziuni osoase aproape inperceptibile, prin plagă împuşcată, cu secţiunea măduvei şi parapelgie consecutivă. Notăm încă un rănit în regiunea cervicală, fără leziuni osoase vizibile, cu un sindrom Broun-Sequard.

Rănirile capului. Pe 55 de răniţi cu plăgi ale capului s'au observat următoarele leziuni: 8 răniţi prin schije ineresând pielea capului; 19 răniri ale părţilor moi ale feţii, cu 3 paralizii faciale. (3 prin glonţ, 16 prin schije). 3 leziuni ale globilor oculari cu enucleaţie consecutivă. Plăgile însoţite de leziuni osoase s'au repartizat astfel: 4 fracturi de maxilar superior cu leziuni ale sinusurilor feţii; 10 fracturi ale maxilarululi inferior; unele au fost tratate în srviciul nostru de d-na Dr. Petraşcu, cele mai grave au fost trecute în serviciul d-lui Prof Dan Theodorescu. Bolta craniană a fost interesată numai de 3 ori, prin schije mici: 2 în regiunea occipitală prezentau ca simptom important o cecitate incomplectă. După lărgirea breşei occipitale şi evacuarea unui abces subdural prin care s'a scurs puroi şi substanţa cerbrală, turburările oculare au dispărut complect. Al 3-lea rănit presenta o plagă în regiunea temporală dr. cu retenţie de schije în lobul frotal respectiv şi fenomene de compresiune cerebrală. S'a intervenit pe cale temporală găsindu-se un abces cerebral din care s'au evacuat cam 2 liguri de puroi amestecat cu sânge şi substanţă cerebrală, după care turburările s'au ameliorat foarte mult.

Un capitol, adeseori emoţionant, în actvitatea noastră a fost *tratamentul plăgilor penetrante ale toracelui.*

In total am avut 80 de plăgi toracice, dintre cari:

45 plăgi ale părţilor moi, 11 prin gloanţe, 34 prin schije.

17 plăgi perforante fără hemotorax, 9 prin gloanţe, 8 prin schije.

15 plăgi perforante cu hemotorax închis 8 prin glonţe, 7 prin schije.

3 plăgi perforante cu hemotorax deschis, prin schije.

Asupra agentululi vulnerant, în cazurile noastre au predominat rănirile prin schije, 52, faţă de plăgile prin glonţ, 28.

Majoritatea răniţilor au fost cu hemotorax închis. Atitudinea noastră terapeutică a fost mai mult abstenţionistă. Hemotoraxurile mari, cu jenă respiratorie accentuată, au fost punctionate sistematic la 2-3 zile interval, scoţându-se, când cantitatea de sânge intrapleural era mare, câte 100-300 cc, lichid sanghinolent, totdeauna incoagulabil. Din cei 15 răniţi cu hemotorax închis 9 au fost febrili cu oscilaţii între 38-39-40 de grade, iar restul au fost subfebrili sau chiar afebrili.

Am practicat costotomia şi drenajul numai de 2 ori: la un rănit cu hemotorax închis şi stare febrilă mare şi persistentă, şi la unul cu hemotorax deschis.

Din aceşti 35 de răniţi cu plăgi perforante al toracelui 26 au fost vindecaţi sau evacuaţi pe cale de vindecare (cu hemotoraxul rezorbit); 15 sunt încă în spital mult ameliorati, afară de ultimul operat care încă febricitează. Corpii străini intratoracici au fost de dimensiuni mici şi de aceia ne-am abţinut de a-i scoate.

Problema tratamentului plăgilor penetrante ale toracelui a ridicat discuţiuni multiple şi atitudinea chirurgilor a fost diferită. Fără a intra în detalii, reamintim că unii sunt abstenţionişti, alţii intervenţionişti sistematic şi în sfârşit alţii eclectici.

Zdrobirile parietale cer aceleaşi îngrijiri chirurgicale ca şi în celelalte regiuni; excizia ţesuturilor mortificate, regularizarea plăgilor, eliminarea eschilelor, etc. In cazurile de răniri ale toracelui cu hemotorax închis, suntem de acord cu autorii cari adoptă la început expectativa şi tratamentul medical, care constă după cum am arătat în repaos absolut în poziţie şezândă, calmante, hemostatice şi puncţii evacuatoare repetate variind între 100 — 300 cc. lichid, la 2-3 zile interval. In acest mod am obţinut vindecări. Desigur că febra persistentă, contiuarea hemoragiei şi modificarea conţinutului hematic cu schimbarea formulei cito-bacteriologicie, sunt indicaţiuni categorice pentru evacuare pe cale operatorie.

Răniţii cu hemotorax deschis, ajunşi în spital la câteva zile după rănire, în general mari febrili, vor fi dela început consideraţii ca septici, şi desigur că la ei intervenţiunea nu mai poate fi temporizată şi numai pentru aceste cazuri suntem de acord cu încheierea lui Monod că «în prezenţa unei plăgi a toracelui nu poate fi vorba de abstenţiune operatorie».

In ceeace priveşte atitudinea faţă de corpii străini intratoracici, ne raliem de părerea autorilor cari respectă proectilele mici, căutând să le extragă numai pe cele cu volum mare, în special schijele, cari prin prezenţa şi dimensiunile lor, întreţin focarele septice şi iritaţiunea permanentă.

Aceste câteva rânduri reprezintă o privire sumară asupra activităţii unui spital improvizat, de zonă interioară. Timpul prea scurt de obsevaţiune face ca rezultatele arătate să aibă caracter de provizorat.

CORTENIL

Preparat sintetic de hormon al cortico-suprarenalei

1 fiolă corespunde efectului activ a 5 mgr. de acetat de desoxicoaticosteron

Indicat în insuficiența totală și parțială a cortico-suprarenalei: maladia lui Addison, astenie musculară, adinamii, astenii, slăbiciune; apoi în bolile infecțioase și în intoxicațiuni, după arsuri și leziuni datorite frigului, stări septicemice, supurații cronice, vărsăturile incoercibile ale sarcinei și catar după tratamentul cu raze Röntgen și ultra violete.

Cutie cu 3 fiole a 1 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.

HIPOTONINE

Tuburi a 10 şi 20 comprim. de 30 ctgr.

Combinaţie aminică a acidului succinic

MEDICAŢIUNEA **HIPOTENSIVA** IDEALĂ

Indicaţiuni
- Hypertensiune
- Turburări Vasomotorii
- Palpitaţiuni

Posologie : 2—3 compr. pe zi, timp de 10 zile

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. : 5.51.51

Rezultatele tratamentului la o secţie de T. B. C. din sanatoriul Geoagiu în decurs de 4 ani

de Dr. OVIDIU CONSTANTINESCU

Sanatoriul de tuberculoşi din Geoagiu este situat într'o uşoară depresiune de pe versantul de Sud Est al dealurilor cu care se termină în Valea Mureşului munţii Apuseni şi în mijlocul unui masiv de păduri, mai mult de stejar, cu orizonturi larg deschise. O şosea în serpentină îl leagă de comuna Geoagiu la o distanţă de 5 km. şi de Orăştie staţia de cale ferată la 14 km.; o potecă prin pădure te duce la staţiunea balneo-climaterică Geoagiu-Băi, vestita Thermae-Dodonae a Romanilor ce se află numai la 3 km. distanţă.

Ferit de curenţi şi vânturi — prin paravanul împădurit al dealurilor — din imediata sa apropiere — şi situat la o altitudine de 456 m., Sanatoriul are o pitorească orientare în spre sud-est cătreValea Mureşului — peste care se văd în zare culmile Carpaţilor, — un parc de toată frumuseţea, o plantaţie tânără de brad în juru-i şi multe poeni şi alee măresc senzaţia de plăcere şi linişte. Regiunea unde se află Sanatoriul Geoagiu o putem considera într'un climat sub-alpin la care se adaugă pădurea ca elementprotector, filtrând aerul şi atenuând extremele temperaturi, factori cari contribue la diminuarea tusei, uşurarea expectoraţiei, stimularea apetitului şi calmarea sistemului nervos.

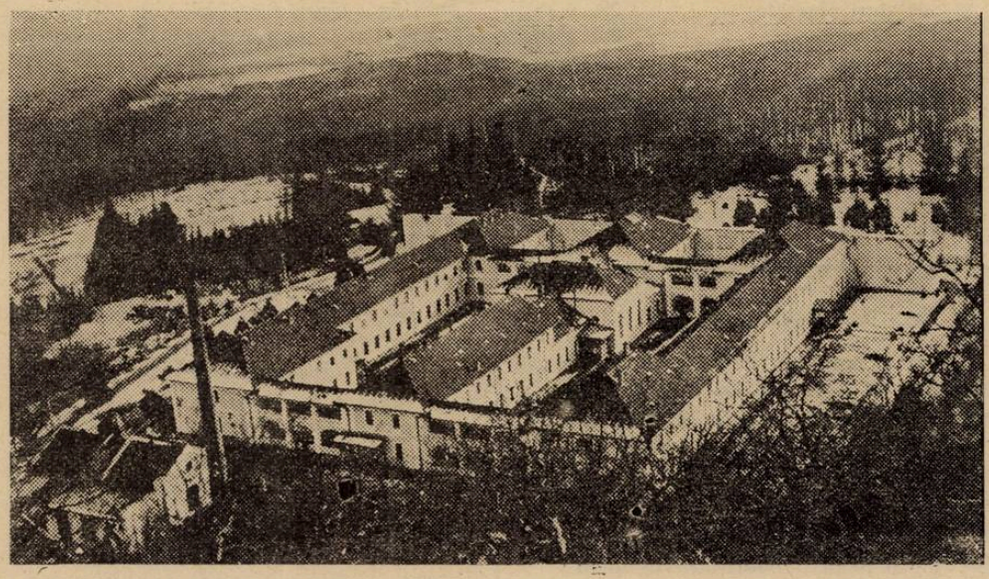
Sanatoriul datează din anul 1908 şi a funcţionat cu un efectiv de circa 100 paturi până la 1 Ianuarie 1937, când prin ridicarea unui etaj, amenajările şi modernizarea ce i s'a făcut de către Ministerul Sănătăţii şi mai pe urmă contribuind şi Lgia Naţională Contra Tuberculozei — a ajuns să-şi mărească *capacitatea de spitalizare la 250 paturi.* Dela această dată mi s'a încredinţat conducerea unei secţii, *ce cuprinde un număr de peste 100 paturi.* Incă dela început şi cu deosebire în ultimul an am căutat să mă adaptez cerinţelor moderne de tratament actual în domeniul tuberculozei, însă am întâmpinat multe greutăţi din cauza lipsei de aparate şi instrumente necesare acestor cerinţe, totuşi am reuşit cu destule sforţări să ajung la rezultate mulţumitoare.

Dela data de 1 Ianuarie 1937 şi până la 31 Decembrie 1940 am avut sub îngrijire, în secţia ce conduc, un număr de 1185 bolnavi, cari în marea majoritate s'au prezentat cu leziuni bilaterale (58,1%), cu complicaţii la alte organe tot de natură T. B. C. (24,2%). Media zilelor de cură a fost pentru fiecare bolnav de 108.

Tratamentul aplicat

1. Cura de aer şi repaus.

2. Tratament igieno-dietetic sanatorial.



3. Tratament simptomatic (chimioterapic) întrebuinţat mai mult ca adjuvant al curei igieno-dietetice şi aeroterapice. Pe lângă tratamentul clasic pentru calmarea tusei, durerilor, reducerea transpiraţiilor, reducerea febrei, oprirea hemoptiziilor, înlăturarea insomniilor, etc. etc., întrebuinţăm medicamente care modifică în mod favorabil nutriţia şi tonifică starea generală, spre ex.: diferite preparate de Calciu gluconat şi levulinat indigene şi streine, Colesterina, Cinamat de benzil, Clorhidrat de colină, camfo-sulfonat de calciu plus colină, Silphoscalin, Benzoat de sodiu, Camphor, Vitamine — în special Vitamina C, preparte de ficat, tonice şi reconstituante.

Ţin să adaug că îi ceace priveşte calciterapia pe cari şi astăzi cei mai mulţi o consideră ca un tratament specific, în secţia ce conduc aproape am abandonat-o, iar Calciu gluconat îl întrebuinţăm numai în cazurile indicate, simplu sau asociat cu Vitamine, deoarece s'a dovedit în urma recentelor cercetări, că sărurile de Calciu în exces, cu o acţiune acidozantă şi agravează şi mai mult perturbarea metabolismului mineral, accentuând demineralizarea (Monceaux, Popovici, etc.), aşa că abuzul de Calciu poate fi mai mult dăunător decât folositor.

4. Chimioterapia antituberculoasă. Crizoterapia cu acţiune asupra leziunilor locale.

Suntem partizanii sărurilor de aur pe bază uleioasă în special Solganal B. oleos 2% şi 20%. In cursul anului 1940 Ministerul Sănătăţii ne-a pus la dispoziţie un stoc de sare de aur, preparat indigen, Tisor, o soluţie apoasă izotonică Dithyoxibenzoat de sodiu şi aur cu care încă suntem în curs de tratament şi până în prezent promite a da rezultate mulţumitoare.

5. Tratamentul ce se face pe o scară întinsă şi care a rămas una dintre metodele cele mai sigure în tuberculoză pulmonară este pneumotoraxul artificial terapeutic.

In fine după lungi aşteptări din cauza lipsurilor suscitate suntem pe cale de a pune în practică noua metodă ce am învăţat dela Prof. Monaldi, aspiraţiunea endo-cavitară.

In Sanatoriu nu se fac intervenţii mari de chirurgie pulmonară, bolnavii ce au nevoe de Iacobeus, extrapleural, toracoplastie, etc., sunt trimişi la diferite centre de Chirurgie pentru executarea lor şi din aceştia am trimis cel puţin 30 pe fiecare an numai dela secţia mea, deci se simte nevoia complectării chirurgicale, chiar un chirurg de specialitate în permanenţă.

Totalul bolnavilor trataţi cu Pneumotorax din 1185 internaţi a fost de 461 bolnavi, adică 38,8%, totalul reinsuflaţiilor a fost de 4155, la un număr de 228 bolnavi (19,2%) pneumotoraxul

a fost instituit în Sanatoriu. Tabloul ce urmează ne dă o lumină clară asupra rezultatelor obținute prin Pneumotorax.

TABLOU

Rezultatele obținute prin Pneumotorax terapeutic dela 1 Ianuarie 1937 până la Ian. 1941:

1	Instituiri de pneumotorax	228	49,4%
2	Pneumotorax la pulmonul stâng [53 bil'aterel]	267	57,9%
3	Pneumotorax la pulmonul drept	247	53,6%
4	Pneumotorax bilateral	53	11,4%
5	Exudat parțial	66	14,3%
6	Exudat total	32	6,9%
7	Extracții de lichid	56	12,1%
8	Spălături pleurale	29	6,3%
9	Piopneumotorax	20	4,3%
10	Ameliorați	316	68,5%
11	Favorabil influențați	120	26%
12	Agravați	12	2,6%
13	Decedați	13	2,8%
14	Pozitivi la începutul tratamentului	412	89,3%
15	Eșiți negativi	312	7,6%

6. *Declivoterapia.*

Cura în poziție declivă ca un compliment al intervenției colapso-terapice și frenicectomie în tuberculoza pulmonară, indicată în pneumotoraxul terapeutic ineficace cu aderențe cari nu se pot rezeca prin metoda după Iacobaeus, cu condiția ca aceste aderențe să nu fie prea consolidate la bază.

7. *Tratament în caz de complicații pleuro-pulmonare,* Hydro-pneumotorax, Pio-pneumotorax, spontan Pneumotorax- fistulă pleuro-toracală.

Se fac extracții de lichid în cazurile indicate și pentru cazurile cu Piopneumotorax spălături pleurale cu soluție de Piridium, ser fiziologic, rivanol și mai recent am experimentat cu succes noua soluție clorosol. Ca liclide modificatoare dau rezultate bune cu Rubrophen și clorhidrat dublu de chinină plus uree.

In spontan Pneumotorax, tratament simptomatic și numai în cazuri de dispnee gravă extracții de aer. La fistule pleuro-toracale, lichide modificatoare și Quarz.

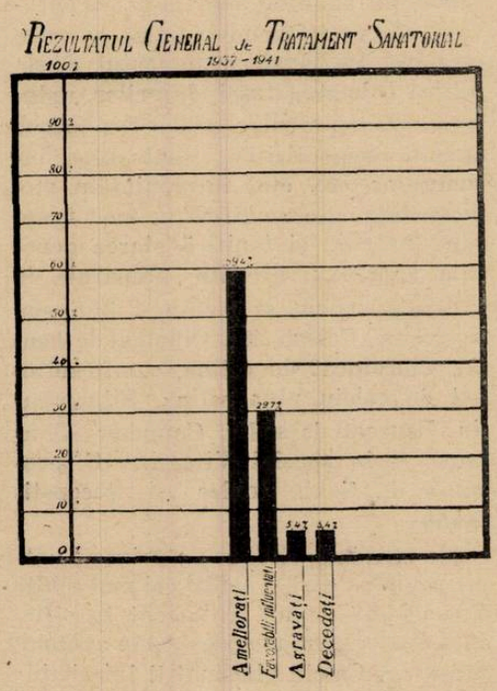
8. *Tratament în caz de complicații de natură tuberculoasă la alte organe.*

Pentru complicații laringiene, Sanatoriul nedispunând de un specialist, am fost nevoit să mă ocup și de această specialitate. Aci pe lângă cura de tăcere, prescriem raze ultra-violete cu aparatul Sorgo, instilații laringiene cu Sol. eucaliptol 1% și în cazuri de dureri la deglutiție pulverizații Cocaină și acid boric 10%, pentru bolnavii cari nu se pot alimenta de fel, tot din cauza durerilor la deglutiție, am încercat anestezia laringeului inferior. Pentru bolnavii nepredispuși la emoptizii recomandăm inhalații cu soluții alcoolo-mentolate. In caz de complicații intestinale pe lângă cura igieno, dietetică, medicamentoasă, în trebuințăm și pneumo-peritoneul, folosind oxigenul în cantități medii de circa 300—500 cc. ședințe repetate la 3—4 zile. Aplicăm aceiași metodă la Pneumotoraxul parțial ineficace, în accesul de astm și în cazuri de hemoptizii rebele unde chiar oxigenul subcutanat nu dă rezultate eficace.

Oxigenul în afara indicațiilor suscitate îl întrebuințăm și în insuflațiile ce se execută la bolnavii cu Pneumotorax bilateral.

Pentru urmărirea și identificarea mai precisă a cazurilor tratate s'au executat în acest interval de 4 ani, numai la secția ce conduc un număr de 7759 radioscopii și radiografii pulmonare, s'au făcut un număr de 1746 examene referitoare la Viteza de sedimentare a hematiilor.

Am urmărit capacitatea vitală a bolnavilor internați și am constatat o minimă de 500 și maximă 3800, la fel am urmărit și indicele respirator după formula lui Piguet, care variază între 1 minima și 53 maxima. S'au mai făcut un număr de 6046 examene de laborator (analize de spută, urină, examene coprologice, suc gastric, morfologic sânge, hematozoar, examene bacteriologice, sediment, examen exudat pleural, intradermo-reacția Cassoni, însămânțări pe medii Löwenstein sau inoculări la cobai etc.), în plus s'au



mai executat și un număr de 421 seroreacții B. Wassermann pentru cazurile suspecte de lues.

Tot în acest interval de timp activitatea secției s'a extins și asupra altor intervenții ca:

221 Intervenții de mică chirugie la bolnavii din Sanatoriu sau ambulanți.

343 Extracții dentare.

959 Pansamente.

672 Diferite consultații clinice la ambulanți.

Rezultatele obținute în general din punct de vedere statistic, prin urmărirea celor 1185 cazuri în interval de timp suscitat sunt cuprinse în tabloul ce urmează.

TABLOU

Rezultatele totale de tratament sanatorial într'o secție de T. B. C. dela 1 Ianuarie 1937 până la 1 Ianuarie 1941

1	Bolnavi internați	1185	
2	Leziuni T. B. C. pulmonare unilaterale	488	41,1%
3	Leziuni T. B. C. pulmonare bilaterale	689	58,1%
4	Complicații specifice la alte organe la internare	287	24,2%
5	Complicații în timpul tratamentului	103	8,6%
6	Tratați prin pneumotorax artificial	461	38,8%
7	Ameliorați	704	59,4%
8	Favorabili influențați	353	29,7%
9	Agravați	64	5, %
10	Decedați	64	5,4%
11	Pozitivi la începutul tratamentului	969	79,3%
12	Eșiți negativ	654	55,1%

După cele relatate în scurta expunere ce am făcut, se poate vedea că majoritatea bolnavilor internați în acest interval de timp s'au prezentat în stare destul de avansată cu leziuni întinse bilaterale și chiar complicații specifice la alte organe; acestora nu li s'a putut aplica un tratament care să le fi adus o vădită ameliorare, ceeace denotă că trierea bolnavilor se face defectuos. Pe lângă aceasta internarea bolnavilor de acest fel în Sanatoriu, creiază o stare de deprimare printre ceilalți bolnavi cu leziuni mai ușoare, pentrucă se știe că bolnavul tuberculos este hipersensibil, mult impresionabil și se sperie de tristul spectacol al ftizicului avansat.

Suntem de părere că, acești bolnavi mult avansați, cari sunt obligați să stea la pat în permanență, nu găsesc în Sanatoriu un regim adequat la situația lor, pentru ei se cere mai mult o asistență de izolare și pur spitalicească.

Antireumaticul specific

GEROSAN PASTA

pentru tratamentul local al afecțiunilor reumatice și nevralgice

Conține :

Lithium phenylchinolincarbon.
Salicilat de Methyl
Menthol
Camforă
Uleiuri eterice

In spasme

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

NEO-LUVERIN

DR. WANDER

Tablete Supozitoare

Acțiune spasmolitică și analgetică sigură

In turburări nervoase funcționale și organice

Neurastenie

Histerie

Insomnie

NEUPON DR. WANDER

Sirop și drageuri

Regenerează țesuturile nervoase și

Calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos

Mostre și literatură prin :

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

RACHIANESTEZIA IN PRACTICA OBSTETRICALA

Dr. TRAIAN PETRESCU
Medic Primar Spitalul Sighişoara

Expun avantajele ce le prezintă anestezia rachidiană în obstetrică mai ales, fiindcă nu e mai puţin adevărat că dacă medicul trebue să ţină în totdeauna seamă de susceptibilitatea pacientului, este tot atât dator a-l convinge asupra avantajelor ce prezintă anestizia, care demult şi-a făcut proba şi ne-a adus imense servicii în practica chirurgicală şi obstetricală.

Subiectul nu e nou, şi a stârnit polemici şi cercetări competente în diferite societăţi savante în străinătate şi la noi în ţară. Cred că e întotdeauna de actualitate, mai ales de câtva timp de când alte metode de anestezie încearcă să concureze anestezia rachidiană.

Dacă în chirurgia generală rachianestizia interesează numai abolirea sensibilităţei şi rezoluţia muşchiulară, elemente ce pot fi îndeplinite şi de alte metode, în obstetrică această anestezie influenţează în afară de cele de mai sus însăşi fiziologia şi dinamica fenomenelor care se produc în actul fiziologic care este naşterea.

Rachianestizia a fost încercată pentru prima dată de Kornning la 1885 în America, a fost experimentată în Franţa de fiziologistul Francois Frank în Germania a fost întrebuinţată de Bier dându-i numele de «metoda lui Bier", iar la noi în ţară noţiunea de rachianestizie se confundă cu numele profesorului Toma Ionescu.

In obstetrică primul care a încercat a face femeile să nască fără durere, deşi mulţi poate s'au gândit la aceasta mai înainte, a fost Simpson (cu ether şi cloroform). De atunci chetiunea aceasta a preocupat în continu pe obstetricieni, care au experimentat tot felul de metode pentru analgezia obstetricală.

Anestezia Rachidiană a fost încercată în obstetrică prima dată de către Doleris, care a comunicat Academiei de Medicină din Paris observaţunile sale şi anume: 1) Anestezia produce analgezia contracţiilor uterine 2.) Este un excitator al contracţiunilor şi un hemostatic prin retracţiunea ce o produce.

Mai târziu Audebert, Puch, Rouville, şi Delmas care îşi bazează metoda pe această anestezie, au încercat-o comunicând aceleaşi rezultate iar prof. Brindeau face o expunere complectă asupra anesteziei într'o şedinţă dela Clinica Tarnier iar Lantoujeul, elevul său în revista de Gin. et. Obstr. 1924. F.

Forgue şi Bosset au prezentat la congresul de chirurgie un raport complect asupura acestei chestiuni.

In obstetică şi ginecologie şcoala profesorului Gheorghiu, al cărui elev am fost, o practica pe o scară întinsă şi invitat la Clinica Tarnier din Paris la anul 1930 prof. Georghiu într'o conferinţă expune rezultatele obţinute printr'o lungă experienţă, mai ales din punct de vedere technic.

Dr. Marius Georgescu împreună cu dr. Protopopescu Packe prezintă un raport la al III-lea congres de chirurgie şi Obstetrică la Cluj în anul 1930 şi publică în revista „România Medicală» un articol în anul 1931. Deci chestiunea a fost cercetată atât de fiziologi cât şi de chirurgi şi Obstetricieni.

Pentru a înţelege mai bine cum lucrează rachianestizia asupra complexului genital în perioada travaliului îl vom împărţi în două părţi; de o parte uterul, colul şi vaginul şi de alta peretele abdominal şi perineul, primul grup constituind elemente formate de fibre netede, iar a doua din fibre striate.

După cercetările anatomice ale prof Keiffer plexul hipogastic este acela care inervează uterul care primeşte la rândul său fibre nervoase dela simpatic, pneumogastric şi a doua, a treia şi a patra rădăcină sacrată.

In afară de aceasta a descris în uter un sistem nervos autonom asemănător cu cel din inimă. Sensibilitatea uterului este dată de a doua, treia şi a patra sacrată.

Muschiul uterin este enervat de simpatic, se contractă însă autonom şi prin sitemul său ganglionar propriu chiar când se secţionează orice legătură nervoasă (secţionarea măduvei şi enervarea uterului) sau chiar în Vitro măduva neavând de cât un rol inhibitor asupra contracţiei.

Colul uterin care se comportă ca un sfincter este inervat de măduvă asupra căruia activează invers ca asupra uterului.

Cunoaşterea acestor noţiuni este foarte importantă deoarece ne dăm seama dece anestezia rahidiană care suprimă activitatea medulară asupra uterului va produce eaxgerarea contracţiunilor care devin nedureroase şi reclacsează colul uterin.

Aceasta o recunosc aproape toţi cei care întrebuinţează anestizia şi noi personal am observat-o totdeauna aât în operaţiunile obstetricale cât mai ales în operaţiunea cezariană făcută sub rachianestizie.

Odată cu mărirea contracţiunlor uterului gravid, relaxarea colului şi retracţiunea uterului gol, se produce o relaxare a celorlalte sfincter, anusul, vulva, perineul care permit mai uşor manevre care mai înainte erau imposibile sau riscante.

Care dintre noi n'au observat ca prin minune o dilataţie care stagnează de mult timp, după rachianestizie complectându-se iar colul ce părea rigid şi edemaţiat devenind suplu şi permiţând terminarea facerei într'una din manevrele obstetricale.

Asupra copilului acţiunea rachianetiziei este nulă.

Iată o mulţime de avantajii speciale pe care rachianestizia le prezintă asupra anesteziei generale care produce o abolire a contracţiunei uterului şi nu este lipsită de efecte nocive asupra copilului mai ales când este de lungă durată.

Dacă anestezia în general este mai bine suportată de femeile în travaliu fapt îndeajuns de cunoscut rachianestizia este în deosebi şi mai bine suportată.

Se ştie că rachianestizia produce hipotensiune, ori prin cercetările ce s'au făcut prin măsurarea presiunei intra-rachidiene cu manometru Claude s'a constatat la femeia parturientă o mărire cu 10—15 mm. în raport cu celelalte, fapt care face ca rachianestizia să fie mai puţin periculoasă la femei în timpul naşterei.

Indicaţile speciale a rachianestiziei în obstretică după prof. Brindeau sunt mai ales 1.) Operaţia cezariană, care este indicaţia principală, pubiotomia, extracţia de pelvis şi forcepsul la primipare iar la multipare după apreciere mai ales când vrem să obţinem o dilataţie a colului insuficient dilatat.

Contraindicaţii sunt, naşterea normală deşi unii autor ca Doleris şi Witehause au obţinut accelerarea naşterii prin rachianestizie şi mai ales versiunea atunci când este retracţie uterină şi membranele sunt rupte.

Technica dacă este puţin mai deficilă la femeia însărcinată prin greutatea de flexiune a coloanei, prin experienţă şi mici artificii orice dificultate dispare.

Iată deci dece cred că rachianestizia o minunată metodă care ne stă la îndemână pentru uşurarea suferinţelor omeneşti care a adus şi aduce mari servicii este câte odată nedreptăţită şi dacă nu are nevoie să fie reabilitată trebue să se amintească din când în când avantajele ce reprezintă în anumite indicaţiuni asupra altor metode care dacă în chirurgia generală au început să înlocuiască rachianestizia, în obstetrică şi ginecologie nu pot rezista comparaţiei, până în prezent.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa reprezentanţei generale Bucureşti, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii intramusculare în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

CHESTIUNI TERAPEUTICE DE ACTUALITATE

PROGRESE RECENTE IN TERAPEUTICA INSUFICIENȚII CARDIACE

de Dr. PĂUNESCU-PODEANU

Din frământarea cercetărilor ultimilor 10 ani, au eșit — în ce privește tratamentul insuficienții cardiace și medicamentelor acesteia — o serie întreagă de cunoștințe noi. Studiile acestei decade au scos la iveală o serie de mijloace necunoscute până aci, au adus numeroase preciziuni în ce privește mijloacele existente și au relevat o mulțime de alte noțiuni de folos pentru terapie. S'au izolat produși cardiotonici noi (din digitalis lanata, din nerium oleander), s'au consolidat cunoștințele asupra glucozizilor strofantinici, fapt care a determinat o utilizare mai largă și mai logică a acestora, s'au adus importante preciziuni în ce privește activitatea asupra aparatului circulator a glucozizilor digitalei purpurea a calciului; a glucozei, a derivaților morfinei și a sedativelor în general, s'au câștigat o mulțime de date importante în ce privește folosirea în terapia bolilor cordului a regimului, a vitaminelor, a altor diferite elemente. Infine chirurgia are și ea un aport de seamă în acest domeniu. Bilanțul noțiunilor câștigate în acest răstimp, dovedește evident că și pe tărâmul la care ne raportăm s'au făcut cuceriri de valoare și s'au realizat progresele apreciabile.

*

In 1923 Stoll și Kreis au izolat din **digitalis lanata** un glucozid **cristalizat**, digilanid, în realitate digilanidul este un complex glucozidic, compus din amestecul în proporții anumite a 3 glucozizi, digilanid A, B și C. La rândul lor acești glucozizi se descompun în alți 3 glucozizi secundari iar aceștia dau loc o serie corespunzătoare de agliconi. Digilanizii A și B sunt comuni digitalei purpurea și lanata; digilanidul C este specific acesteia din urmă.

Din punct de vedere farmacodinamic, digilanidul se comportă asemănător digitalinei, asupracăreia are unele avantagii, după majoritatea autorilor care au studiat chestiunea. Are o stabilitate mai mare și o toleranță perfectă (chiar în staza gastică accentuată). Are o acțiune tonicardiacă mai promptă și mai intensă, printr'o rapidă difusiune și fixare pe miocard și o mai directă acțiune asupra contractilității (Girard). Are fine o acumulare mai slabă și prin aceasta comportă pericole mai reduse și o margine terapeutica mai întinsă. In plus are o acțiune cronotropă și vasoconstrictoare coronariană mai redusă decât digitalina și după Junet, scade ades excitabilitatea sistemului autonom cardiac. Scade apreciabil tensiunea venoasă (Concordelli), influențează favorabil diureza (deși se pare mai slab decât digitalina) și nu influențează defavorabil tensiunea arterială (Frey) fapt pentru care nu e contraindicată în hipertensiune. (Frey,Felsenbrun). In injecțiuni intravenoase, acționând tot așa de rapid ca strofantina, nu comportă pericolele acesteia (Felsenbrun). Poate fi administrativă și intramuscular, cu aceleaș bune efecte (Nieten). Infine după Shunk de Goldfiem nu dă loc la digitalism, nu provoacă sechele neplăcute, nu sclerozează pereții vasculari.

Indicațiile digilanidului sunt în genere cele ale digitalinei. Le depășește chiar, prin unele calități care în aproape de strofantină și prin unele din avantagiile pe care le-am citat. Digilanidul permite un tratament activ, intens, rapid și îndelungat la insuficienții cordului. Este de folos cu deosebire în asistolia avansată, în decompensările grele, care erau supuse până aci unui tratament combinat (Hochrein și Lechleitner). Prin efectul lui rapid, el poate aduce foloase chiar în tratamentul insuficienții ventriculare stângi, în locul strofantinei (Hochrein, Bertheau, Felsanbrun, Lutembacher, Schönberg). Având maniabilitate mai mare permite administrarea prelungită și mulți o preferă în tratarea asistoliilor cronice. După Condorelli merge foarte bine în miocardite și în afecțiunile mitrale decompensate, cu fibrilație auriculară, deși în asistolia cu tachiaritmie ar fi după Junet inferior digitalinei. Efectul bun pe care îl are asupra sistemului nervos autonom al cordului și asupra circulației coronariene, îl face să fie bine tolerat în afecțiunile coronariene (Condorelli), în blocuri și chiar în blocajul complet, mai ales în asociație cu cafeina sau cu efedrina (Goyer). Bune efecte au obținut și în tachicardia paroxistică, Bertheau, Junet s. a., efecte neconfirmate de Rohr și Wuhrmann.

Mai de curând, Aubertin cu Le Sueur au studiat proprietățile digilanidului C; ei au remarcat că și acest glucozid are o intensitate și o ripiditate de acțiune, care depășește pe cea a digitalinei.

Mai recent, în 1935, s'a ajuns la izolarea altui glucozid cu acțiune tonicardiacă, din **foile de leandru** (nerium oleander), ale cărei principii cardiotoince sunt cunoscute de mai multă vreme (Schmiedeberg, Oefele, Straub). Glugozidul izolat, denumit **folinerin**, a dovedit că posedă proprietăți farmacodinamice importante, care îl aseamănă cu digitalin.

Are o admirabilă toleranță: nu dă loc la fenomene toxice, chiar când e administrat în doze mari și în mod prelungit. Având o resorbție imediată are și o acțiune promptă. Deși cu mare putere de fixare, nu produce acumularea. Este sub acest raport intermediar între digilatină și strofantină. Poate fi astfel administrat îndelung, fără riscuri. Bun efect cardiotonic, comparabil după majoritatea autorilor cu cel al digitalinei, are deasemenea bun răsunet asupra diurezii (chiar mai bun decât digitalina, pentru unii autori). Nu mărește excitabilitatea cardiacă, ca digitala (Hoesslin), aranjează favorabil ritmul, fără a produce bradicardie accentuată sau bigeminism. Bună acțiune în fibrilația auriculară cu alură ridicată ventriculară (Iliescu, Aubert, Palade). Imbunătățește, înfine, curba electrocardiografică (Heuler). Din acest motiv folinerinul este socotit de mulți autori cum sunt Lepel, Thiele — superior digitalinei în tratarea insuficienții cordului, permițând în plus și o posologie riguroasă și totuși mai largă, mai lipsită de pericole. Nu subcriem la această afirmație, după experiența noastră și socotim folinerinul un bun tonicardiac al asistoliilor medii doar, slab pentru cele serioase și inferior ca putere, digitalinei și stofantinei). Esteun medicament care poate fi administrat bolnavilor refractari la digitală. Prin toleranța sa mare și redusa lui putere de acumulare, glucozidul leandrului permite deasemenea continuarea curei, imediat, fără pauză, cu Edens, când e vorba de digitalină.

In domeniul **glucozizilor strofantinici**, cunoscuți de mult, cercetările recente au adus o mulțime de date importante, care au adus la o lărgire apreciabilă a folosirei lor. Se cunoaște azi lămurit acțiunea promptă a strofantinei, predominând asupra sistolei, cu acțiune directă și importantă asupra contractilității miocardului, pe care îl influențează e și când nu este hipertrofiat, adică fără forță de rezervă, contrar cu ceace se întâmplă cu digitala). Se cunoaște influența favorabilă pe care o are asupra circulației coronariene (acțiunea după unii, ca Edens directă, după alții, ca Straub, indirectă) și slaba acțiune vizibilă asupra vagului. Rărește tardiv ritmul cardiac, bun diuretic (Vaquez, Dimitracoff),

influenţează favorabil circulaţia periferică, ameliorând randamentul muscular (Zothe) şi are chiar o oarecare acţiune antifebrilă (Lendle).

Graţie acestor calităţi, **strofantina** are azi un câmp de aplicaţiuni foarte întins. Este medicamentul capital, neînlocuibil printr'un altul, al insuficienţei venticulare stângi, al tuturor asistoliilor acute în general, al asistoliilor cu dilataţie gravă cardiacă, (în care digitala, accentuând diastola, nu mai poate ameliora funcţiunile cordului). Este medicamentul de preferat în turburările cardiace cu deficit funcţional ale sportivilor, în slăbiciunile cordului prin miocardite, obesitate, boli infecţioase, operaţiuni, în deficitele cardiace prin turburări de ritm (extrasistole, tachicardie paroxistică) precum şi în cele cu puls rar, cu bradiaritmie, cu turburări de conducere (Edens, Bockstahler). Este indicată, înfine, încă în asistolia aorticilor şi a hipertensivilor şi în turburările coronariene, cu sau fără insuficienţă cardiacă (în angor, infract miocardic, scleroză coronariană, coronarită luetică) din cauza influenţii favorabile pe care o are asupra circulaţiei coronariene. (Edens). Cum se vede, strofantina, medicament tonicardiac de prim ordin are un câmp foarte vast de întrebuinţări. Superioară digitalei în rapiditate şi intensitate acţiunei şi prin absenţa majorităţiii inconvenientelor ei, strofantina îşi trage multe din aplicaţiuni, din contraindicaţiunile acesteia. Nu are decât puţine contraindicaţiunii: exudatele pericardice, anevrismul cardiac, miocarditele toxiinfecţioase grave. Majoritatea autorilor germani începând cu Edens, Aunon etc. contraindică deasemenea folosirea strofantinei, imediat după o cură digitalică, când biciuirea energică a cordului poate să dea neajunsuri. (Ei admit însă ca foarte favorabilă strofantinizarea prealabilă curei digitalice). Regula nu e absolută şi nu mai e admis azi de toată lumea. Cel puţin pe cale bucală medicina franceză foloseşte des asociaţia de digitalină şi strofantină (ouabaină care este aceaş cu strofantina G— din strofantus gratus); şi în medicina românească această asociaţie e destul de preţuită (Bacaloglu, Haţieganu).

Tot în ultima vreme s'a precizat posologia şi s'au lărgit mult posibilităţile de administrare ale strofantinei. Majoritatea autorilor dau preferinţă azi, dozelor mici repetate, de 0.1-0. 2 mgr. odată, până la 0.5 mgr. zilnic (când e vorba de calea intravenoasă), ţinând seama că cu cât mai gravă e decompensarea şi starea miocardului, cu atât mai mici să fie dozele (Auer, Fahrenkampf, Eckey Danielopolu etc.). Căii intravenoase prea bine cunoscute şi de maximă eficacitate, s'a adăugat apoi, calea intramusculară (asociind la stofantină un anestezit), iar în ultima vreme calea bucală şi rectală, de eficacitate mai slabă, dar mai comode. Folosul administrării rectale se sprijină pe cercetările lui Groedel, Haegen , Jagic, Kibler (după ce fusese negat în 1909 de Linzenmaier); iar utilizarea căii bucale se datoreşte cu deosebire lui Dimitracoff, care a arătat că pentru eficacitate trebuesc date doze de 36 ori mai mari decât cele ale căii intravenoase. Infine strofantina are la activul ei o serie de succese în urma injecţiunilor intracardiace. Adevărate reanimări din moarte au obţinut în acest mod Faure-Beaukieu, Paraf, Lian, Danielopolu, în cazuri de sincope cardiace, de fibraţie venticulară etc.

Strofantina se mai pretează deasemeni, în ce priveşte posologia la o administrare prelungită fără pericole, la cure continui. Bascourret a citat cazul unui individ care într'un an a primit 400 injecţii consecutive, nedepăşind 0.25 mgr. zilnic, fără obiicinuinţă sau acumulare, iar Müller un alt caz care în 7 ani a primit 1200 injecţii.

Cu aceste date, fixate în mare majoritate în ultimii ani strofantina s'a impus ca un tonicardiac de mare valore, cu numeroase avantagii asupra digitalei: bună difuzibilitate, mare siguranţă de acţiune, posibilitatea unei exacte dozări, promptitudinea, mare putere contractilă, şi de şoc. Superioritatea ei mai stă apoi în ameliorarea circulaţiei coronare şi periferice- precum şi faptul că umple şi contraindicaţiile digitalei acţionând şi în cazuri ce nu mai îndeplinesc condiţiile de acţiune ale acesteia (depăşind deci limitele tratamentului digitalic). Toate acestea fac ca strofantina să întruneasă azi aprecieri maxime: regele tonicardiacelor şi miijlocul miraculos (Auer), principiul superior în tratarea debilităţiii mocardului (Fraenkel). Iar Edens scrie despre ea în 1936: cred că nepotii noştri vor aprecia neintervenţia la timp cu strofantină, la fel cum apreciem noi azi o apendicectomie tardivă.

*

Şi în domeniul micilor medicamente cardiace s'a lucrat mult în ultimii ani.

Glucoza, introdusă în terapia bolilor de cord în urma lucrărilor lui Büdingen, folosită încă de acum 30 de ani de Goulston, Selig, ş. a. apoi de Pick, a fost reactualizată recent de Loeper, Lemaire, Kisthinios,. Bickel ş. a. ca un bun cardiortofic. Klewitz şi Kirchhem au arătat că măreşte şi forţa contractilă a cordului, iar dela Hochrein se ştie că provoacă vasodilataţie coronariană. Adăogată la tonicardiacele curente, le întăreşte acţiunea şi Laubry a putut observa adevărate resurecţiuni după un asemenea tratament. Rezultatele sunt şi mai bune când la cura de glucoză se asociază insulinţă.

Cu toate bunele efecte, spriijinite pe o literatură foarte bogată, (efecte de care şi noi ne-am convins), s'au ivit în ultima vreme adversari ai utilizării glucozei la cardiaci (Müller, Romberg în art. Pies-Muench. med. Wschr. No. 38 — 1940; Hardorn-Schw. med. Wschr. No. 45 — 1940). Chestiunea nu e încă tranşată; deocamdată în consensul general, glucoza şi cura de glucoză + insulină, se bucură încă de apreciere şi utilizare, ca factor adjuvant tonicardiacelor curente.

Calciu, introdus şi el de Tempka (1925) în rândul tonicardiacelor minore, a întâlnit, o vreme, bune aprecieri, mai ales ca auxiliar al digitalei (Stewart, Harold, Orlowski). De când s'au publicat însă unele accidente mortale prin asociaţia digitală + calciu (Bower şi Mengle), calciul a pierdut din valoare; Experienţele au arătat şi ele că digitalizarea terapeutică scade doza mortală de calciu; digitala produce deci o sensibilizare a cordului faţă de acţiunea toxică a calciului (Golden şi Brans; La Barre şi Heerswingels-Arch. int. Farmac. No. 2 1933). S'a mai văzut apoi că gluconatul de calciu produce diferite modificări electrocardiografice şi de ritm (Lloyd şi Berliner; La Barre; Vidraşcu), iar administrarea simultană de digitală şi calciu, favorizează excitaţiunile ectopice. Aşa că concluziile cele mai recente recomandă evitarea în terapia cardiacă a asociaţiei digitală cu calciu, ea având o acţiune additivă şi putând duce la desordini cardiace grave, mai ales la bolnavii care prezintă deja semne de intoxicaţie digitalică.

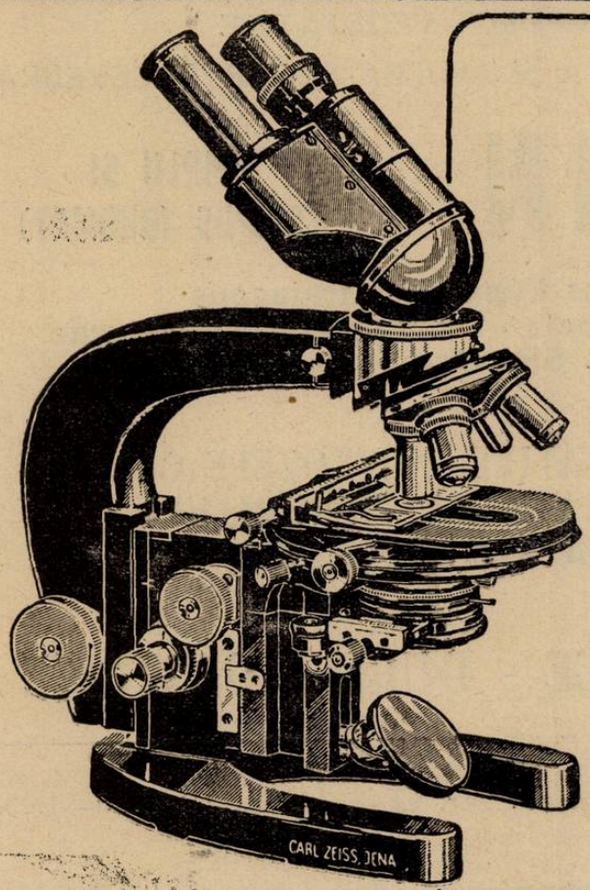
Un important progres s'a realizat în terpia insuficienţii cordului, prin utilizarea **vitaminelor.** S'au publicat până acum o mulţime de cazuri de decompensări cardiace, uneori rezistente la tonicardiacelor curente, vindecate prin **vitamina B 1.** Se pare că unele perturbaţii cardiace ca miocardita alcoolică, accidentele gravidocardiace, din unele stări infecţioase, diabet, hipertiroidism, pot fi alăturate de beriberi şi au la bază o carenţă de vitamină B 1, fie printr'un defect de absorţie al acesteia, fie prin mărirea nevoilor organismului. Vitamina B 1 nu dă însă rezultate în decompensările datorite afecţiunilor valvulare (Debré).

Şi **vitamina C** s'a dovedit de folos în cardiopatiile decompensate, prin ac-

Anemoton
„GAMMA"

TONIC ŞI
RECONSTITUANT
•
ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

Repr. generală pentru România: **„S. I. F."** s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.5



ZEISS

MICROSCOAPE

DE CONSTRUCŢIA CEA MAI MODERNĂ.

Cu tub de observare oblic, monocular sau binocular, pentru toate scopurile.

O caracteristică distinctivă a noilor microscoape „ZEISS", model L, este montarea vizelor micrometrică şi macrometrică în partea de jos a microscopului unde pot fi acţionate comod, sigur şi fără oboseală.

Catalog gratuit dela

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanţa generală pt. România:
Soc. Anon. de Agentură-Comision-Import fost

OTTO & ALFRED HERZOG

Bucureşti I. — B-dul Carol I. No. 48

CARL ZEISS
JENA

CALCITERAPIA FORTE
CALCITERAPIE BUCALA IMUNIZANTA

CALCOSTERIN

Intramuscular-Intravenos-Granule-Cachete

COMPOZIŢIA:

Injecţii
- Calciugluconic 10%
- Camfor cinamilat
- Colesterină, în soluţie apoasă

Granule şi Cachete
- Hexaphosphal de Calciu şi Magneziu
- Glicerophosphat de Colin
- Citrophosphat de Mangan
- Phenyl Formiat de Cinamil Cholesterină

Medicaţia calcică paranterală forte

STIMULENT AL REACŢIUNILOR BIOLOGICE DE IMUNIZARE

Tuberculoza, toate formele şi fazele

Stări de epuizare — Astenie — Cure de îngrăşare

Preventiv contra bolilor infecţioase

MEDICAŢIA BIOLOGICĂ A DISTONIILOR NEURO—VEGETATIVE
CU ACŢIUNE PRONUNŢATA ŞI ASUPRA SCOARŢEI CEREBRALE

AMPHOTONIN

SIMPLU ŞI COMPUS (BROMAT)

Vitamina B^1 - Palinia Sorbilis - Humulus Lupulus - Grataegus Oxyacantha - Passiflora Incarnata - Phenylmethymalonyluree Bromuri de CA. LI. SR. etc.

TURBURARI ENDOCRINO - VEGETATIVE, NEVROZELE CARDIO-VISCERALE - NELINISTE - ECZEME - PRURITURI DERMATOZE ATROFICE

MANIFESTAŢIUNI ARTRITICE - DURERI GASTRICE

Laboratorul **„ASFAR"** Gh. Stoicescu, Bucureşti, Str. Olari 11, Tel. 2.15.90—1.05.77

țiunea ei diuretică pusă în valoare de Abbasy, apoi de Evans, Lueg. Hamman- (Lancet No. 5971 — 1938; Med. Welt No. 4 — 1939). Influența ei e mai mare, atunci când e asociată tonicardiacelor sau altor diuretice.

Vitamina D, a cărei formulă chimică se apropie de cea a strofantinei, ar avea și ea o acțiune favorabilă în insuficiența cordului (Stefl-Kolar Cas. Lek. Cesk. No. 22/1937).

Mai de puțin folos decât în terapia anginei de piept și a afecțiunilor vasculare periferice s'au arătat așa zisele **produse hormonale cardiace.** Nici tonusul miocardic, nici turburările de ritm nu sunt modificate într'un sens favorabil prin această medicațiune (Poczka-Dtsch. med. Wschr. No. 18/1931), ba s'au putut observa chiar agravări în unele insuficiențe cardiace funcționale tratate cu aceste medicamente (Cossio și Arch. Kl. Med. 1/1930 Boller și Kutschera-Aichbergen (Dtsch. Arch. Kl. Med. No. 1/1930). au încercat în terapia cardiacă diferite **lecitine și fosfatide.** Rezultate foarte satisfăcătoare în insuficiențele cardiace fără leziuni miocardice prea serioase și fără obstacol periferic. Albrich, mai de curând (Wien. Kl. Wschr. No. 46/1940), a studiat acțiunea câtorva extracte lipoidice organice, în injecțiunile precordiale și a observat bune efecte în afecțiuninile coronariene cu miocadită, precum și în miocarditele acute infecțioase.

Giraud-Costa pe deoparte (Prat. med. fr. No. 11/1932), Januschke pe dealta (Dtsch. med. Wschr. No. 25/1934) au insistat asupra bunelor efecte cardiace ale extraselor de **adonis vernalis,** succedanee de valoare ale digitalinei mai slabe dar mai puțin toxice decât aceasta. Au în plus, după cercetările lui Masslow, confirmate de Januschke, și un bun efect sedativ.

Flaum și Rőssler (Kl. Wschr. No. 83/1933), Charlier (journ. belge card. 27/V/1939) van Dooren, Heerswinghels (Gaz. med. Fr. No. 4/1938) au reluat și au lămurit acțiunea intimă asupra aparatului cardivascular a corpilor purinici.

Beerens și Cuypers (Brux. med. No. 28/1935) au relevat acțiunea frenatoare asupra automatismului cardiac și a conducerii prin sistemul autonom, putând merge până la blocaj, **a veninului de cobra.**

Iar Flandin cu colaboratorii lui, apoi Barach și Richards (Arch. int. med. No. 2/1931) au obținut ameliorări apreciabile prin **oxigenoterapia inhalatorie** prelungită și repetată, în insuficiențe destul de grave.

Chestiunea diureticilor și a sedativelor, prețioase auxiliare ale tratamentului tonicardiac, a căpătat și ea o mulțime de elemente noi. In acești din urmă 10 ani s'au introdus în terapeutică **diureticele mercuriale,** a căror folosință și apreciere e azi ași de întinsă că ne dispensează de a mai insista asupra lor. Menționăm numai două noțiuni ce ni se par mai deosebite: După Junet (Rev. med. Suisse Rom. 3/1939), momentul cel mai propice pentru administrarea diureticelor mercuriale este după câteva zile de digitalizarea și nu înainte, așa cum se obicinuește d cele mai multe ori fapt pe care l'am remarcat și moi. Iar Hines pretinde, după cercetările statistice și contrar părerile generale, că utilizarea diureticelor mercuriale nu lungește deloc viața bolnavilor tratați cu ele, în raport cu acelor netratați; ba ele favorizează chiar apariția uremiei,care se observă de 2 ori mai frecvent la bolnavii astfel tratați, decât la cei netratați (Journ. Am. med. Ass. No. 3/1938). Cu deosebire în școala germană sunt utilizate mult unele medicamente diuretice derivate din teofilină; printre ele eufilina se bucură de cea mai bună apreciere, ea asociind proprietăților diuretice și proprietăți vasodilatatoare, de simulare a centrului respirator, de activare a circulației. Infine Miller și Feldmans (Arch. int. med. No. 6/1932) au lăudat buna acțiune la cardiaci, a ureii.

In rândul sedativelor, care s'au arătat de un folos neprețuit la cardiaci, Vaquez a reabilitat **morfina,** multă vreme repudiată la acești bolnavi, de autori ca Huchard, Brouardel, Fiessinger. Vaquez a arătat că departe de a strica inimei, morfina este în stările de slăbiciune ale acestui organ, un bun auxiliar al terapiei tonicardiace, ea însișî fiind -în doze slabe- cardiotonică. Laubry, Donzelot, Macrez (Gaz. med Fr. p. 193/1938) ș. a. au confirmat apoi acest punct de vedere. Dintre clelalte sedative sunt recomandabile după Macrez hipnoticii carticali (alcolul, cloralul), în timp ce barbituricele ar fi mai puțin indicate. Archambaud și Poulet (Paris med. No. 4/1938) preferă în schimb, dintre sedative, gardenalul, beladona, dionina, asociate cu tonicardiace în supozitoare. Iar Kutschhera-Aichbergen (Med. Kl. No. 46/1936) pune pe bolnavi chiar la o cură de somn prin luminal 0,2-0, 3 gr. zilnic, câteva zile, la începutul tratamentului insuficienții cardiace, în perioada de atac.

Directivele dietetice au suferit și ele modificări. Vechiul regim al lui Carel, în perioada de atac a tratamentului asistoliei, este azi destul de puțin folosit. Loeper a fixat unele principii noi de nutriție ale cardiacului: alimentația trebue să fie alcalină, diuretică, săracă în săruri, în calciu (din cauza tendinței la precipitațiuni calcice a cardiacilor-Loeper), în materii azotate și lichide. Regimul hidrocarbonat, glucidic, corespunde cu deosebire acestor desiderate. (Rev. med. fr. No. 4/1932). Schwarz și Dibold (Med. Kl. No. 25/1932) pun în plus accentul pe restricția grăsimilor, mese mici repetate, zile de mai inensă declorurare, deshidratare,— Fructele, orezul, cartofii corespund mai ales, vederilor autorilor. Gutzeit (Ther. Ggw. No. 3/1938), Moschinski (Dtsch. med. Wschr. No. 42/1939) preferă zama de fructe, la începutul tratamentului, ea fiind cea mai apropiată de datele actuale dietetice, în plus aducând și vitamine. La fel Volhart (Ther. Ggw. No. 6/1939), care mai adaugă zeamă de zarzavaturi sau Rohkost. Von Jagic dă compot sau cartofi (Wien. Kl. Wschr. No. 47/1939), iar Gerson (Münch. med Wschr. No. 15/1935) recomandă din contra un regim bogat în potasiu și lichide în tratamentul insuficienții cardiace.

In **privința activității fizice** a cardiacilor s'a scris deasemeni destul. Problemă grea, păreri împărțite. Se admite totuși — în general — că exercițiile fizice moderate sunt de oarecare folos cardiacilor și ceace contează este antrenamentul pe care ele îl determină și care ușurează circulația (Oertel, Proger, Korth-Arch. int. med. No. 2/1935; Borgard, Mathiessen, Zaeper-Kl. Wschr. No. 11/1937). Excelente noțiuni asupra acestor chestiuni se găsesc în cartea d-lui B. Theodorescu-Hygiène du cardiaque-Doin, 1938

Mai e de menționat în fine, contribuția —de origină recentă— a **chirurgiei și radioterapiei,** la tratamentul asistoliei. Principala intervenție o constitue **tireidectomia totală.** Priconizată de Berlin și Blumgart (New-York St. Journ. med No. 24/1934), ea e destinată să determine un echilibru între viteza circulatorie scăzută a asistoliilor grave, ireductibile, și nevoile tisulare de sânge, prin coborârea acestora dinurmă. Este deci o operație paliativă, corectivă, de adaptare și nu o intervenție cu efecte tonicardiace; și își are rost numai în decompensările grave, ireductibile, în care nu se mai poate aștepta nimic dela fibra miocardului. Metoda a dat loc la o literatură foarte bogată; și la noi a fost uneori practică (Iacobici, ș. a.) Rezutatele în genere satisfăcătoare,

deşi nu constant şi nu permanent; mortalitatea caum slabă (la înput destul de mare), uneori oarecari neplăceri consecutive.

Şi operaţia Brauer-Balkenheimer **(torecectomia anterioară precordială)** a fost uneori încercată in extremis cu oarecari rezultate (Treupel, Morison, Tuffier, Delageniere, Delbet, Broca, Leriche, Leschke, ş. a., iar la noi A. Jianu, B. Theodorescu, Firică - Soc. chir. 1938). O privire de ansamblu asupra chirurgiei cordului: Theodorescu, Vişineanu-Mişc. med Rom. No. 3/1934.

Urmând calea deschisă de autorii americani, alţi autori au încercat în cazuri grele **radioterapia tiroidei,** obţinând destul de bune ameliorări Paraf, Gally, Orinstein-Soc. med. hôp. Paris 26/X/1936; Lebon, colab. — Soc. ther. 13/X/1937; Pellegrini-Min.med. No. 29/1937).

*

Delicata şi complexa problemă a tratamentului insuficienţii cardiace, comportă după cum se vede, o mulţime de laturi, de chestiuni, de noţiuni diferite, ce cu greu ar puteă fi înfăţişate larg în cuprinsul unui articol. Am spicuit foarte succint, cu titlu mai ales informativ, pe cele mai importante din noţiunile recente, lăsând celor interesaţi posibilitatea documentăriі mai ample, prin datele bibliografice adăugate.

Putem conchide, după această expunere, că fisionomia tratamentului asistoliei nu s'a schimbat mult în anii din urmă, în trăsăturile lui generale, principiale, dar că acest tratament se bucură azi de un număr de posibilităţi mai mare ca în anii precedenţi şi mai bogat în eficacitate. Multe din medicamentele şi metodele puse recent în valoare, înseamnă progrese reale în acest tratament. (De bună parte din ele, cum sunt strofantina, glucoza, vitamina B 1, ne-am ataşat şi noi, după ce le-am trecut prin filtrul controlului personal).

Folosirea tuturor acestor mijloace cere însă nu numai bună cunoaştere a lor, ci şi pricepere, experienţă, abilitate. Tratamentul asistoliei grele rămâne, aşa cum l-a caracterizat unul dintre vechii maeştri, nu numai o ştiinţă ci şi o artă. Medicina a mai fixat câteva principii directoare pe care le credem foarte îndreptăţite: e mai util ca medicul să cunoască şi să folosească bine câteva numai dintre medicaţii, decât multe şi nesigur, apoi este mai important, în tratamentul insuficienţii cardiace, felul de administrare al medicamenteelor, decât valoarea lor proprie (Van Dooren-Concours med. No. 17/1937).

COMBATEREA TUBERCULOZEI

Formarea de medici specialişti

de Dr. S. IRIMESCU
Secretar general al Ligei Naţionale contra tuberculozei.

Războiul îmbracă toate formele. Nu îi ajung victimele de pe fronturi, unde instrumentele de moarte, colaborează într'o muzică de infern — e o întrecere între ropotele carelor de asalt, gloanţele mitralierelor, bombele explosive — ca să răspândească în jurul lor teroarea şi dezastre. In interior, printre civili când moartea nu vine brusc pe aripile avioanelor se furişează în surdină.

Trăim o epocă de continuu sbucium.

Intrevedem în zări, ca o compensaţie la atâtea frământări o epocă senină de mari realizări.

Până atunci însă moartea ne macină.

Chiar când sănătatea este robustă, ea suferă scăderi.

E greu de a o păstra intactă când lipsurile nu contenesc şi denutriţia e cronică. Sănătatea e foarte relativă. Intr'o piesă de teatru, celebră, Jules Romains spunea că un om sănătos e un bolnav care se ignorează.

Viaţa care ne târăşte, ne prepară în mersul ei cu salturi în sus şi în jos culcuşul repaosului etern. Moartea nu vine însă lin ci în chinuri şi dureri.

Montaigne, marele sceptic, nu ştiu, dacă ar fi spus în timpurile actuale, când se moare aşa de mult şi aşa de repede că era totdeauna preparat pentru a veni însă lin ci în chinuri şi durere, gata să încalece pentru drumul morţii.

Revolta cuprinde pe cei ce-şi dau seama că ar fi putut aduce încă contribuţii utile.

E revolta conştientă a celor care analizează împrejurările protivnice care i-au precipitat către abizul final.

Omul ştie că moare şi reacţionează contra soartei implacabile. E încă o diferenţă faţă de animalul care inconştent îşi dă sfârşitul.

Versul faimos de o aşa de mare frumuseţe al lui Alfred de Vigny, în poemul lui «la Mort du loup» care conţine în el o profundă maximă de stoicism «souffre et meurs sans parler» nu mai e de circumstanţă acum, când viaţa e suprimată brusc şi fulgerător.

Acolo, departe, pe fronturi, cei care în avânturi de suprem eroism îşi sacrifică viaţa pentru a-şi împlini o înaltă datorie îngroapă cu ei virtualităţi de multeori superioare de înfăptuiri în anii pe care îi mai puteau trăi.

Cei din interior la care boale ascunse se redeşteaptă când altfel, în timpuri normale le-ar fi putut tolera cad sub povara crucei cu care urcă un penibil calvar.

Oamenii cu calităţi superioare sunt cei mai sensibili şi tocmai pe ei împrejurările adverse îi rod şi îi distrug.

Pe fronturi nu se poate interveni. Acolo, furia oarbă de nimiciri care e lozinca războiului îşi face opera.

La populaţia civilă putem însă exercita o acţiune salutară. Moralul se ridică prin perspectiva victoriei apropiate care ne va asigura pacea în cuprinsul hotarelor etnice pe care vom reuşi să le consolidăm.

Fiinţa omenească e fragilă, e ca o trestie slabă care însă judecă şi gândeşte —le roseau qui pense — după expresia lui Pascal. Imprejurări vitrege o încovoae şi orcât ar dori să aibă putere de voinţă ca să nu se plece definitiv, nu le rezistă decât greu.

In timp de războiu, preocupările conducătorilor se concentrează pe fronturi pentru a le asigura o cât mai mare tenacitate. Tot atât de intens ar trebui să fie interesul pentru a păstra sănătatea celor din interior. Cu aceştia vom împlini golurile pe care războiul le cauzează. Vom pregăti astfel generaţii viitoare pentru eventuale noi riscuri şi elemente capabile să înfăptuiască organizări care să permită o armonioasă desvoltare pe tărâmul economic şi social.

Intr'o şedinţă recentă a Consiliului sanitar superior s'a discutat formarea de medici specialişti. Ne trebue armament sanitar complect şi cadre care să-l folosească.

Le avem foarte puţin.

Ţările beligerante, Germania, în primul rând cum reiese şi din ultima expunere cu ocazia inaugurăriі Operei de ajutor pentru iarna care vine, au continuat să îndeplinească un program sistematic de asistenţă socială.

In discuţiile dela Consiliul sanitar, am cerut o cât mai mare vigilenţă pentru asistenţa tuberculoşilor. Ei erau şi înainte de războiu foarte numeroşi. Am dat în toate ocaziile statistice ca să dovedeasc extensia boalei. Ritmul de creştere al numărului de bolnavi se accelerează acum într'un tempo rapid cum am semnalat în recente articole în reviste medicale şi în presa extramedicală.

E explicabil ca leziuni care există latente la majoritatea, la totalitatea aproape a adulţilor să treacă din cauza oboselilor excesive fizice şi morale din lâncezeala lor într'o fază activă.

Actualul Ministru al sănătăţii care cunoaşte problema sub toate înfăţişările ei, îşi dă osteneala să multiplice numărul spitalelor, sanatoriilor, dispensarelor pentru tuberculoşi şi a re-

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

SPASMOSÉDINE

SEDATIV CARDIAC

Acţiune sedativă simultană asupra sistemului nervos intra şi extra cardiac. Acţiune antispasmodică şi vasodilatatoare asupra întregului aparat arterial şi îndeosebi asupra sistemului coronar.

Phenylethylmalonyluree .	0,015
Bromhidr. chinin.	0,05
Extr. Crataeg. stab	0,05

Doza mijlocie: 1—2 drageuri la prânz şi seara înaintea meselor.

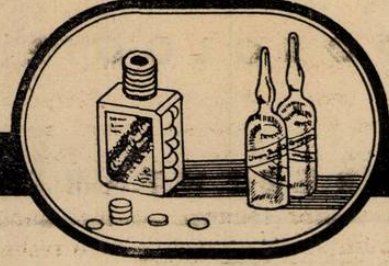
Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Ovarium „Henning" Panhormon

Hormon folicular + Extract total
în fiole şi drageuri 1000, 10.000, şi 50.000 ME

*

Preparat de hormon ovarian obţinut pe cale naturală. Conţine în afară de hormonul folicular toate substanţele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare şi activante precum şi ca factori simulanţi ai metabolismului.



Eftin şi Activ

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

uşit să obţină angajamente formale că fondurile pentru aceste instituţii, vor fi considerabil sporite.

Ne trebue însă medici specialişti care să le conducă. Formarea acestor medici nu e organizată la noi decât foarte incomplect.

Am propus pentru a-i avea şi mai mulţi şi pregătiţi, un program care poate şi trebue să se realizeze.

Pentru a iniţia pe viitorii medici în vederea organizării luptei contra tuberculozei şi a le deştepta interesul în această direcţie — tuberculoza e cea mai răspândită şi omorâtoare dintre boalele pe care practicianul o va întâlni în cariera lui şi e necesar să o cunoască pentru a o diagnostica la timp şi a da îndrumări cum să fie căutată e nevoe să se acorde în facultăţi în decursul anilor de studii ftiziologiei o mai mare atenţie prin prelegeri instituite pe lângă clinicele medicale, până ce se va crea un învăţământ special pentru tuberculoză.

Formarea de specialişti care să corespundă rolului lor se va face prin concursuri pentru locul de medici secundari, obligaţi să treacă câţiva ani în sanatoriile existente, învăţământul teoretic fiind astfel complectat.

E locul să atrag în această privinţă atnţie autorităţilor sanitare conducătoare că în dorinţa, fără oficialitate şi fără situaţii de profesorat — am fi putut să fim bănuiţi că urmărim aceste situaţii, — de a contribui efectiv la formarea cadrelor de specialişti, Liga contra tuberculozei a reuşit să obţină, sub ministeriatul d-rului Costinescu fonduri pentru construcţia pe lângă sanatoriul Filaret a unui pavilion pentru toate formele de tuberculoză cu un amfiteatru pentru cursuri. Nu s'au găsit însă fonduri sub miniştri care s'au succedat ca să fie terminat. Lipsa de continuitate pentru împlinirea de acţiuni utile e astfel demonstrată, odată mai mult.

El stă gol şi cum lucrările s'au întrerupt riscă să se năruiască.

Formarea de specialişti pentru tuberculoză care să ştie să fie conducători, în curent cu toate problemele atât de complexe — clinice şi sociale — pentru acest capitol se impune ca o măsură urgentă în recrutarea personalului de asistenţă.

Fondurile nu trebue să fie precupeţite, deoarece oricât de mari, vor fi larg compensate prin păstrarea de atâtea vieţi, care se pierd acum în floarea anilor de tinereţe. Realizarea de cadre de medici pricepuţi care să dea acestor fonduri cea mai bună întrebuinţare e o măsură care trebue să fie urmărită de aproape şi să nu se mai întârzie cu introducerea şi aplicarea ei.

Noua salarizare a Corpului Medical

Publicând noua salarizare a corpului medical, ţinem să arătăm că ea prezintă ameliorări importante asupra salariilor actuale.

Desigur că, din cauza împrejurărilor financiare dificile, nu s'au putut obţine salariile la care medicii aveau dreptul să aspire, având în veedre situaţia lor socială şi îndelungata lor pregătire.

Totuşi Guvernul şi în special Ministerul Finanţelor a ascultat cu multă bunăvoinţă punctul de vedere al d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, *ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, acordând medicilor sporuri de salarii mai mari decât s'au dat prin legile anteioare.*

O importantă îmbunătăţire s'a făcut prin sporirea gradaţiilor dela 14% la 20% ceeace face ca salariul să se dubleze după 25 ani de serviciu.

Pentru toţi medicii cari activează în mediul rural la circumscripţii şi la spitale mixte cu circumscripţii, noua lege prevede principiul acordării unei prime de reşedinţă care va fi de 2.000 lei lunar.

Pentru medicii de circumscripţii din regiunile sărace ale ţării unde practica medicală nu le poate asigura venituri profesionale, se va acorda o a doua primă de reşedinţă de 4.000 lei lunar, astfel că aceşti medici vor primi în total, 6000 lei — primă de reşedinţă.

A. MEDICII SANITARI

1) Inspectorii generali sanitari şi Medicul şef al Capitalei

fără	gradaţie	tip	21	21.200
cu 1	»	»	21_1	25.450
» 2	»	»	21_2	29.700
» 3	»	»	21_3	33.900
» 4	»	»	21_4	38.150
» 5	»	»	21_5	42.400

2) Subinspectorii generali sanitari şi Medicul Subşef al Capitalei

fără	gradaţie	tip	23	17.600 lei
cu 1	»	»	23_1	21.000 »
» 2	»	»	23_2	24.650 »
» 3	»	»	23_3	28.150 »
» 4	»	»	23_4	31.700 »
» 5	»	»	23_5	35.200 »

3) Medicii primari de judeţ, medicii şefi de municipii, medicii şefi de port principal şi medicii igienişti

fără	gradaţie	tip	24	16.000 lei
cu 1	»	»	24_1	19.200 »
» 2	»	»	24_2	22.400 »
» 3	»	»	24_3	25.600 »
» 4	»	»	24_4	28.800 »
» 5	»	»	24_5	32.000 »

4) Medicii şefi de oraş

fără	gradaţie	tip	26	13.400 lei
cu 1	»	»	26_1	16.100 »
» 2	»	»	26_2	18.750 »
» 3	»	»	26_3	21.450 »
» 4	»	»	26_4	24.100 »
» 5	»	»	26_5	26.800 »

5) Medicii de circumscripţie sau port

fără	gradaţie	tip	27	12.100 lei
cu 1	»	»	27_1	14.500 »
» 2	»	»	27_2	16.950 »
» 3	»	»	27_3	19.300 »
» 4	»	»	27_4	21.800 »
» 5	»	»	27_5	24.200 »

B. MEDICII DE SPITALE

6) Medicii primari de specialitate

fără	gradaţie	tip	26	13.400 lei
cu 1	»	»	26_1	16.100 »
» 2	»	»	26_2	18.750 »
» 3	»	»	26_3	21.450 »
» 4	»	»	26_4	24.100 »
» 5	»	»	26_5	26.800 »

7) Medicii de spitale mixte cu circumscripţii

fără	gradaţie	tip	27	12.100 lei
cu 1	»	»	27_1	14.500 »
» 2	»	»	27_2	16.950 »
» 3	»	»	27_3	19.350 »
» 4	»	»	27_4	21.800 »
» 5	»	»	27_5	24.200 »

8) Medicii de dispensare şi medicii asistenţi

fără	gradaţie	tip	30	9.300 lei
cu 1	»	»	30_1	11.150 »
» 2	»	»	30_2	13.000 »
» 3	»	»	30_3	14.900 »
» 4	»	»	30_4	16.750 »
» 5	»	»	30_5	18.600 »

9) Medicii secundari

fără	gradaţie	tip	30	9.300 lei

C. MEDICII DE LABORATOR

10) Medicii şefi de laborator

fără	gradaţie	tip	24	16.000 lei
cu 1	»	»	24_1	19.200 »
» 2	»	»	24_2	22.400 »
» 3	»	»	24_3	25.600 »
» 4	»	»	24_4	28.800 »
» 5	»	»	24_5	32.000 »

11) Medicii asistenţi de laborator

fără	gradaţie	tip	27	12.100 lei
cu 1	»	»	27_1	14.500 »
» 2	»	»	27_2	16.900 »
» 3	»	»	27_3	19.400 »
» 4	»	»	27_4	21.800 »
» 5	»	»	27_5	24.200 »

12) Medicii preparatori

fără	gradaţie	tip	28	11.100 lei
cu 1	»	»	28_1	13.300 »
» 2	»	»	28_2	15.550 »
» 3	»	»	28_3	17.750 »
» 4	»	»	28_4	20.000 »
» 5	»	»	28_5	22.200 »

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Numărul de medici noi necesari pentru păstrarea cadrelor actuale.

D. Profesor P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei, a făcut un apel către tinerii ce intră în Universitate, de a se înscrie la facultatea de medicină.

Bazându-se pe date statistice şi pe cunoaşterea întregei organizaţii sanitare a ţărei, d-sa a ajuns la concluzia că este necesar, să fie preparaţi în Facultăţile noastre, un mare număr de medici.

In România mutilată avem la 15 Martie 1941: 5671 medici români, la care se adaogă 490 medici germani, 71 unguri etc., în total 6.332 medici arieni.

Dintre aceştia se găseau în serviciul Statului 3.377 iar în cadrele active ale armatei 761 medici; ocupau deci funcţiuni publice un număr total de 4138 medici.

O staistică pentru a vedea câţi medici noi trebuesc anual — pentru a menţine aceste cadre, pentru a înmulţi medicii în mediul rural, cât şi pentru încadrarea definitivă a serviciilor sanitare ale Basarabiei şi Bucovinei, astăzi făcută mai ales cu medici mobilizaţi, — ne arată că *organizaţia sanitară a Statului are nevoe de cel puţin 680 medici anual:*

a) 270 pentru menţinerea cadrelor actuale, deoarece 6,5% din medicii oficiali părăsesc anual funcţiunile lor prin pensionare, demisie sau deces;

b) 300 pentru înmulţirea treptată a medicilor din mediul rural, astăzi având un medic la peste 7000 locuitori, situaţie ce trebue schimbată până la proporţia de un medic la 3.500 locuitori;

c) 110 pentru organizaţia sanitară a Basarabiei şi Bucovinei, ce trebueşte încadrată astfel ca să ajungem să avem numărul de medici la populaţia acestor provincii.

Pentru ca facultăţile noastre să ne dea aceşti medici, trebue să primească 1000 studenţi în anul I, întrucât s'a dovedit că 30% din ei renunţă la studiul medicinei în timpul şcolarităţei.

Un omagiu al Profesorilor Facultăţii de Medicină pentru D-l Prof. Bălăcescu, fostul lor decan

Profesorii Facultăţii de Medicină au ţinut să aducă un omagiu d-lui *Profesor I. Bălăcescu* fostul lor Decan.

D. *Prof. Dr. Iacobovici* a scris o adresă omagială iar d. *Prof. dr. Lalu*, a publicat o serie de amintiri interesante şi plăcute, în legătură cu activitatea şi personalitatea Profesorului Bălăcescu.

Aceste două broşuri i-au fost înmânate d-lui prof. Bălăcescu, în ziua de 11 Octombrie, cu prilejul unei mese colegiale pe care profesorii Facultăţii de Medicină au oferit-o fostului lor Decan.

A fost o frumoasă manifestaţie de simpatie şi de recunoştinţă a profesorilor de astăzi pentru conducătorul lor de ieri.

Inscrieri la învăţământul de specializare în stomatologie

Facultatea de medicină din Bucureşti anunţă că pentru anul şcolar 1941—1942, înscrierea pentru învăţământul de specializare în stomatologie, o poate cere orice doctor în medicină şi chirurgie din ţară sau străinătate, pentru cei din urmă cu condiţiunea ca diploma să-i fie echivalată conform dispoziţiunilor legilor şi regulamentelor în vigoare.

Cererile de înscriere se depun la secretariatul facultăţii, între 1 şi 30 Octombrie. c.

Anul şcolar începe la 1 Noembrie

Deschiderea şcolilor de surori-infirmiere ale Ministerului sănătăţii

Ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, aduce la cunoştinţă deschiderea unui număr de şcoli de surori-infirmiere, în următoarele centre: Chişinău, Cernăuţi, Suceava, P.-Neamţ, Iaşi, Bucureşti, Bacău, Buzău, Galaţi, Brăila, Ploeşti, T.-Măgurele, Târgovişte, Piteşti, R.-Vâlcea, C.-Lung, Craiova, T.-Severin, Lugoj, Timisoara, Arad, Sibiu, Braşov.

In aceste şcoli se vor primi absolvente a 4 clase de liceu sau a unei şcoli echivalente. Ele vor avea între 18—30 ani împliniţi. Elevele vor fi interne şi bursiere ale Statului. Nu se plăteşte nici o taxă de înscriere sau de frecvenţă.

Cursurile durează doi ani.

Aceste cursuri se vor preda de medicii spitalului pe lângă care funcţionează şcoala de surori-infirmiere iar o directoare recrutată dintre surorile de ocrotire cu practică îndelungată se va ocupa de instrucţia technică şi disciplina elevelor.

Inscrierile în aceste ş i se vor face în luna Octombrie a. c. la spitalele de stat din localităţile mai sus menţionate, examenul de admitere se va ţine la 25 Octombrie iar cursurile vor începe în ziua de 1 Noembrie a. c.

REVISTA CARŢILOR

Elemente de istologie şi tehnică microscopică *de Prof. Dr. Ion Drăgoiu* Ed. II Sibiu 1941 Editura H. Welther

Volumul regretatului Profesor dela Facultatea de Medicină din Sibiu, este un pas înainte pentru crearea acelei biblioteci medicale româneşti.

Lucrând în umbra şi în liniştea laboratorului Profesorul Drăgoiu a iniţiat ani dearândul generaţii de viitori medici în studiul şi tehnica istologiei.

Această sinteză a învăţământului său apare într'un volum de 279 pagini cuprinzând materia corespunzătoare celor doi ani de studii a istologiei.

Sunt 10 ani de când a apărut în editura Universităţii din Cluj, primul volum din aceste Elemente de Istologie şi de tehnică microscopică. Impiedecat de împrejurări, după trei ani dela epuizare, Profesorul Drăgoiu răspunde dorinţei ce îi fusese exprimată de unii studenţi de a da la lumină a doua ediţie, fiind convins că această dorinţă corespunde unei necesităţi.

Această ediţie într'un singur volum, cuprinde materia corespunzătoare, conform programului, celor doi ani de studii ai istologiei. Volumul este împărţit în cinci părţi, partea întâia tratând despre tehnica microscopică microscopul cu accesoriile sale şi preparaţia microscopică), a doua despre studiul celulei (morfologia şi câteva principii de fiziologie celulară), a treia despre evoluţia celulelor şi reproducerea indivizilor (în această parte sunt expuse liniile generale ale felurilor de reproducere, evoluţia celulelor germinative, morfologia şi fiziologia fecundaţiei, noţiuni de embriologie generală, precum şi diferenţiere celulară).

Profesorul Drăgoiu a fost condus şi în această ediţie de o minuţioasă preocupare didactică şi a păstrat aceiaşi normă de expunere. A prezentat numai procedeele curente în tehnica microscopică, adică acele ce sunt indispensabile studiului istologiei. Fapte noui pe care trebuia să le menţioneze şi schimbarea, uneori, a concepţiei în cercetarea fenomenelor l-a făcut să aducă, în unele capitole, câteva modificări.

N'a pierdut din vedere că scopul învăţământului istologiei constă, în primul rând într'o pregătire de bază, o pregătire introductivă pentru studiul fenomenelor vieţii. De aceea a căutat să facă o expunere cât mai reală a morfologiei, a originei, a structurii, a compoziţiunii şi a proprietăţilor materiei vii, în acelaşi spirit a făcut şi expunerea câtorva noţiuni de embriologie.

Volumul Prof. I. Drăgoiu, costitue o punere la punct a cunoştinţelor de bază în studiul istologiei şi trebue cunoscut de medici şi studenţi

Dr. C. DANIEL

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Combatarea durerilor în chirurgie, cu ajutorul Dolantin-ului

F. Schäfer.

Spit. Com Berlin-Wilmersdorf, Dtsch. med. Wschr. 1939, No. 24, pag. 970

La aproximativ 400 bolnavi s'a administrat cu succes Dolantin. Bolnavii cu dureri ușoare, au fost tratați cu pastile iar cei cu dureri mai intense, cu ajutorul injecțiilor subcutanate, intramusculare și intravenoase. Acțiunea spasmolitico-analgetică a acestui medicament, a fost evidentă în special în cazurile de calculoze. La 9 din 12 bolnavi cu forme grave de colici renale, aplicaea intravenoasă de 100 mg. (injecția a fost repetată de 4 ori, după 15 minute) produce în câteva minute o analgezie perfectă. Deasemenea și tenesmele uretrale și ale vezicii urinare provenite în urma unor procese inflamatorii, pot fi înlăturate cu ușurință, administrând 100 mg Dolantin intravenos. In colicile hepatice s'au obținut rezultate analoage, în 2 cazuri după injecții intramusculare și în trei cazuri după aplicarea intravenoasă de 1—2 fiole; în schimb la un bolnav cu hiperestezie, rezultatul n'a fost îndestulător. In durerile postoperative, Dolantin a fost aplicat în 160 cazuri. Se administrează în loc de 0,02 g morfină, Dolantin intramuscular, la toate operațiile făcute sub narcoza cu Evipan și la cele executate în anestezie locală; în 50 din cazuri această dozare a dus la rezultatul dorit, la celelalte a mai fost nevoie de încă 1 — 2 fiole în decursul nopții. In 10% din cazurile controlate, efectul Dolantin-ului s'a dovedit neîndestulător, probabil fiindcă acest medicament nu acționează ca sedativ resp. narcotic. Aproximativ 100 bolnavi cu fracturi obținură, unii 1 — 3 pastile de câte 25 mg Dolantin, injecții subcutanate, intramusculare și intavenoase în timp ce ceilalți au dureri mai pronunțate. Efectul a fost obținut aproape în toate cazurile. In 30 cazuri de fracturi ale craniului asociate cu comoții cerebrale, Dolantin duce în scurt timp la rezultat. De obicei se aplică 4 — 6 pastile (100 — 150 mg) Dolantin, pentru un interval de timp de 24 ore, nu însă pe stomacul gol. Schäfer aplică în formă de injecții subcutanate și intramusculare de 4 ori câte 100 mg în timp de 24 ore. Inervalul de timp dintre injecții, trebue să fie de cel puțin 4—5 ore. Durata injectării intravenoase a unei cantități de 2 cmc Dolantin, trebue să fie de 3 minute; această doză poate fi repetată — în cazurile de colici — numai după 15 minute. Se recomandă însă, să nu se injecteze intravenos cantități mai mari de 200 mg. In ceea ce prveste efectul Dolantin-ului aplicat pe cale rectală, ne lipsesc până în prezent observațiuni precise. Din bolnavii tratați cu Dolantin, numai 4—5 au prezentat fenomene de greață, transpirațiuni și ameteli, însă numai timp de vreo 10—20 minute — manifestațiuni produse în parte din cauza aplicării pastilelor pe stomacul gol, iar într'un caz, fiindcă s'a aplicat intravenos în decurs de 10 minute o cantitate de 200 mg. Dolantin nu posedă acțiunea hipnotică, iar în cazurile în cari se cere acest efect, se recomandă Evipan, Adalin, Phanodorm, etc. Efectul Dolantin-ului (100 mg intramusculară) durează în cazurile grave 3, iar în cele mai puțin duroase, 7—8 ore. Obișnuință și fenomene de cumulațiune nu au fost semnalate până în prezent. Aproape în toate cazurile, Dolantin înlocuește cu succes alcaloizii opiului.

Alinarea durerilor de naștere prin Dolantin

W. Benthin.

Königsberg, Dtsch. med. Wschr. 1940, No. 28, pag. 76

Pentru a înlocui narcoticele generale (Avertin, Epivan-sodic etc.), care se întrebuințau spre a alina durerile de naștere, Benthin a început în anul 1938 o serie de cercetări cu Dolantin, preparat care nu influențează atât de mult starea de conștiință a pacientului. Dolantin aplicat singur, fără a fi nevoie să fie asociat cu Novalgin sau alți compuși asemănători, s'a dovedit foarte bun la un număr de aproape 400 cazuri. Doza cea mai corespunzătoarea pentru a obține efectul dorit este de 100 mgr. de substanță administrată în injecțiuni intramusculare și două supozitoare de câte 100 mgr. Spre a evita vărsăturile, nu se administrează preparatul sub formă de tablete. Dozele preconizate pot fi repetate a doau oară după 3-5 ore iar în cazul când nașterea durează și mai mult, se pot repeta pentru a treia oară. In general, repetarea tratamentului nu a fost necesară decât foarte rar și numai atunci când administrarea analgeticului nu s'a făcut în perioada de deschidere. In faza de expulzare sunt necesare numai doze mici de Dolantin. Dolantin nu modifică intensitatea durerilor și de regulă contribue la scurtarea duratei nașterii. Sub influența Dolantin-ului, perioada post-partum evoluiază normal, iar desfacerea pacentei urmează repede dacă se administrează Gravitol ca profilactic. Din totalul cazurilor tratate s'a constatat de 5 ori atonie uterină, care a fost însă ușor înlăturată printr'un tratament potrivit. Dolantin nu influențează starea copilului iar accidentele de asfixie, (3,2%) și moarte (1%), constatate în cursul observațiunilor noastre, nu pot fi puse pe socoteala preparatului. Acțiunea Dolantin-ului se manifestă după 10—20 minute dela administrare și se consideră superioară dacă analgezia e asociată cu o ușoară stare de hipnoză. In mod excepțional s'a constatat ineficacitatea acțiunii analgetice a Dolantin-ului, dar în aceste cazuri, dacă a fost nevoie, s'a administrat eter sau Epivan-sodic. Dolantin a atenuat eficace durerile și a înlăturat frica de durere la femeile, care deși au fost tratate cu morfină la nașterile anterioare, totuși au suferit foarte mult.

Dolantin în sughițuri

H. Brunner.

Wien. Med. Wschr. 1940, No. 15, pag. 272

In forme grave de sughiț, Brunner reușește în urma aplicării de Dolantin, să înlăture definitiv aceste manifestațiuni.

K. R., 59 ani, suferă de mai mulți ani de sughiț apărut în interval de 10 zile. După 3—4 zile starea generală se agravează astfel încât apăreau spasme ceonice ale diafragmului, dispnee, cianoză, defensă abdominală dureroasă, astfel încât alimentația era imposibilă din cauza turburărilor în mecanismul de deglutiție. Gastrită hiperacidă. Se presupune un reflex degajat în urma unei alterațiuni sifilitice a sistemului nervos central. Tratamenul antiluetic agravează starea generală. Tratamentul gastritei hiperacide, fără rezultat.

Aplicarea de morfină etc. produce un somn neliniștit și de scurtă durată, în decursul căua sughițul continuă cu aceeași intensitate. O încercare cu 2 fiole (4cmc) Dolantin aplicată în mod lent intravenos, duce la un rezultat **neașteptat.** In decurs de 2—3 minute, adică încă în decursul injectării, dispare spasmul diafragmatic. Defensa abdominală dispare, astfel încât bolnavul poate să înghită din nou. Efectul acestei injecții era de aproximativ 6 ore. O aplicare concomitentă de 2 fiole Dolantin intramuscular, mărește acest efect la 10 ore. In formele mai ușoare, ajunge chiar și jumătate din doza obișnuită de Dolantin.

In afară de o ameteală trecătoare Brunner nu a semnalat nici un fel de manifestațiuni secundare, provenite în urma aplicării intravenoase a Dolantin-ului. Cu toate acestea, se recomandă circumspecție la aplicarea primei injecții, aplicând jumătate din doza obișnuită (½ fiolă intravenos).

Domnii medici pot obține eșantioane și literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, București I. Tel. 3.92.86.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

PREPARATE NOUI

PROFECUNDIN

VITAMINA E
Vitamina reproducţiei

Tablete şi soluţie

1 tabletă sau 1 cc. soluţie = 0,01 gr. Vitamina E.

SYNTHOESTRIN

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil — oxi $\overset{\text{alfa, beta}}{\alpha \quad \beta}$ — dietil — Stilben

acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop { Copii micii: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. — Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX No. 21 — 15 Lei Exemplarul — 1 Noembrie 1941

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNEA

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACȚIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu Șt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenți: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administrația revistei.

Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Dr. I. BEJAN, Dr. STATE DRĂGĂNESCU și Dr. FLORICA CHIRICEANU: *Astereognozie de tip radicular în leziunile cerebrale* . 281

Dr. AT. IANAȘ: *Asupra tratamentului osteomielitei acute a adolescenților.* 282

Docent Dr. HORIA SLOBOZIANU: *Tratamentul leziunilor cerebromeningee dela naștere* 286

Pagina

Medic Lt. Colonel V. MUSTACESCU și Medic Slt. G. PODEANU: *Activitatea chirurgicală la o divizie* . . 287

Dr. D. DUMITRESCU și Dr. GH. DOBRESCU: *Considerațiuni asupra unui caz de intoxicație cu stricnină* 291

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Medici morți pentru Patrie; Ședința comisiei pentru prevenirea și combaterea epidemiilor; Proectul de regulament pentru funcționarea laboratoriilor; In ajutorul diabeticilor; Premiul Prof. Dr. Gr. Romniceanu 292

Pagina

BIBLIOGRAFII

Les hépatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri. 60 fr.

La hernie postérieure du ménisque intervertébral (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri și 2 planșe, 40 fr.

Substanța sintetică unitară, fără alcaloizi cu acțiune spasmolitică vastă și efect analgezic puternic, fără acțiune hipnotică accesorie

DOLANTIN

ADMINISTRABIL ORAL ȘI PARENTERAL

FIOLE, TABLETE, SUPOZITOARE

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentața generală pentru România
»ROMIGEFA« S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86

Inaltă precizie terapeutică, chiar și la acele maladii la care o exactă stabilire a etiologiei și a felului maladiei nu este posibilă decât după o observație mai îndelungată.

Combizym

PREPARAT DE ENZYME DIGESTIVE MULTIVALENTE

TURBURĂRI DISPEPTICE de cele mai diverse origine

DISPEPSIE DE PUTREFACȚIE, indicanurie.

TURBURĂRI ALE DIGESTIEI GRĂSIMILOR la insuficiență biliară, icter, etc...

DISPEPSIE DE FERMENTAȚIE cu consecințele ei:
(Meteorism, indispoziții cardiace, turburări ale somnului.
Enterite de origine neclară.
Turburări de digestie la CURĂ DE REGIM.

SLĂBIREA PANCREASULUI

Insuficiențe digestive generale și post-operative.
Turburări pancreatice la îmbolnăviri biliare persistente.

ÎMBOLNĂVIRI ALE PIELEI

ca urmare a turburării proceselor digestive

ÎN RECONVALESCENȚĂ

la LIPSĂ DE POFTĂ DE MÂNCARE precum și la CURA DE ÎNGRĂȘARE pentru folosirea optimă a nutriției.

AMBALAJ ORIGINAL CU 30 DRAGEE

„Combizym este de o deosebită valoare ca terapeutic cauzal precum și ca terapeutic de substituire, este un progres evident și o achiziție nouă în tratamentul turburărilor tubului digestiv".

Dr. M. EUTENEUER, „Münchener Medizinische Wochenschrift" 1939, No. 21

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8—BUCUREȘTI, I

PROFILAXIA ŞI TERAPIA RACHITISMULUI

VIOSTERIN

DR. WANDER

Vitamină D standardizată în unităţi internaţionale

Uleiu
1 cmc. = 15.000 unităţi

Drageuri
1 drageu = 3.000 unităţi

CHIMIOTERAPIA GRIPEI ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

EXPECTORANT ANTISEPTIC PULMONAR RECALCIFIANT

ERIGON

DR. WANDER

IN TUBERCULOZA BRONŞITE, GRIPA

Mostre şi literatură prin :
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

Normacol

Schering

Laxativul fiziologic

Superioritatea capacității de a se umfla a Normacol-ului

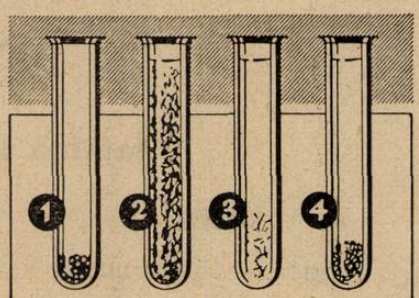
față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos. Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța Normacol-ului.



1 Normacolul ..... uscat
2 Normacolul ..... umflat
3 Agar-Agar ..... umflat
4 Semen psylli ..... umflat

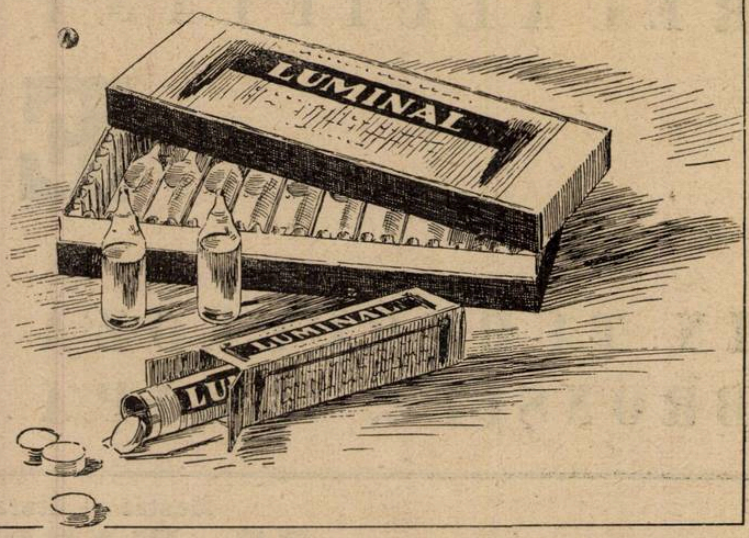
Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A. G. BERLIN N 65
CODERE, S. A., București
Str. Aurel Vlaicu, 33

Luminal

Acțiune depresivă și spasmolitică sigură, asupra funcțiunilor centrului motric.

In epilepsie, eclampsie, tetanie, coree, stări de agitație, hiperemeza gravidelor, insomnie.



E. Merck
DARMSTADT

»Bayer«
LEVERKUSEN

«CHIMIROMAN»
București I, Str. Th. Masarik 32

«ROMIGEFA» S. A. R.
BUCUREȘTI I, Str. Brezoianu 53

Anul XIX No. 21 15 Lei Exemplarul 1 Noembrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Astereognozie de tip radicular în leziunile cerebrale

de Dr. I. BEJAN Dr. STATE DRĂGĂNESCU şi Dr. FLORICA-CHIRICEANU

Facultatea pe care o avem de a recunoaşte obiectele prin pipăit a fost numită de *Hoffmann* (1885) *simţ stereognostic**). Cu 83 de ani înainte Landry îl semnalase. Prin acest simţ noi dobândim noţiunea de corporalitate a unui lucru, îi recunoaştem forma şi totodată unele calităţi fizice (netezime, consistenţa, etc.), adică facem aceiace numim *identificarea primară* a obiectului. Aceasta ne îngăduie să putem numi obiectul, aceiace constitue *identificarea secundară* sau *simbolia* (îi spunem simbolul numele).

Simţul stereognostic sau mai adequat *(Redlich, von Monakow, Claparede, Dejerine) percepţia stereognostică* este asociaţia noţiunilor date de diferite moduri de sensibilitate *(Dejrine)*, asociaţie care se elaborează la nivelul scoarţei noastre cerebrale. Mulţumită educaţiunei, am învăţat «să raportăm unele asociaţii de senzaţii la anumite idei» (Landry, 1852), mai precis la anumite imagini pe care le-am dobândit zi de zi.

Stereognozia se poate pierde (pierderea aceasta constitue *astereognozia*) total sau necomplet. In cazul astereognoziei complete avem şi o pierdere a simbolului, *asimbolia tactilă a lui Wernick*. Numai în istorie putem găsi o astereognozie fără asimbolie, ori invers.

Existenţa simţului sau percepţiunei stereognostice este legată de prezenţa unei sensibilităţi normale. Turburările de simţ stereognostic (întârziere, imprecizie a identificărei, etc). sau pierderea lui totală sunt în funcţie aproape exclusiv de alteraţile sensibilităţii profunde şi mai ales de alterarea discriminaţiei tactile. In unele cazuri de hemianestezie de origină corticală ori în sindromul fibrelor lungi, sensibilitatea tactilă este intactă sau abia atinsă, dar cea profundă şi mai ales discriminaţia tactilă e alterată. In aceste cazuri cercurile lui Weber sunt extinse, lărgite enorm, discriminaţia tactilă putând fi chiar pierdută. Astereognozia urmează deaproape alterarea sensibilităţii. Dejerine şi Chiray au semnalat o astereognozie cu topografie radiculară, adică limitată la câteva degete, în cazul unor turburări radiculare (in adiculite, tabes). După ştiinţa noastră nu se cunosc cazuri de astereognozie de acest caracter în leziunile cerebale. Cracterul radicular al sensibilităţii e cunoscut.

Un atare fapt am constatat într'unul din cazurile de traumatism cranian, a cărui observaţie o dăm aici.

Observaţia: Pl. I., de 26 ani a suferit un traumatism în regiunea parietală dreptă, cu contuzie şi plagă a ţesuturilor moi. A rămas cu o hemiplegie stângă, la început, care a cedat, ducând, după câteva săptămâni, la starea actuală. Se observă semne de uşor deficit piramidal la stânga. Mersul e posibil, cu tendinţă de a târî piciorul de această parte. La faţă, numai pareză facială stângă în domeniul facialului inferior. Maseterul stâng se contractă mai slab. Motilitatea activă a membrului superior stâng e păstrată, deşi redusă ca forţă la nivelul cotului şi umărului. Semnul indepărtării degetelor (Barré) e manifest aci. Flexiunea şi extensia au forţa scăzută pentru ultimele trei degete, iar opoziţia este foarte scăzută pentru mişcarea executată cu întâiul şi unul din aceste din urmă degete. Astfel nu poate strânge o hârtie decât între police şi degetul arătător.

Membrul inferior stâng prezintă deasemeni o scădere a motilităţii active şi mai ales a forţei segmentare. In manopera gambei dată de Barré, căderea gambei stângi rapid.

Uşoară hipertonie la extremităţile distale în stânga, cu reflexe osteotendinoase vii bilateral, dar net mai mult în stânga, unde chiar r. achilian e viu şi uşor polikinetic. Reflexul cutanat plantar e în flexiune bilateral, R. cut. abdominal se produce de ambele părţi.

Sensibilitatea. Hipoestezie superficială şi profundă în jumătatea stângă la nivelul trunchiului şi membrului inferior stâng, cu alterări mai deosebite la nivelul membrului superior stâng şi hemifeţei corespunzătoare. La faţa există astfel o hipoestezie tactilă mai intensă în jurul comisurei bucale. Din partea membrului superior stâng, hipoestezie tactilă intensă în jumătatea internă a palmei şi antebraţului stâng cu hipoestezie uşoară (aproape toate atingerile sunt simţite în jumătatea exernă a aceloraşi regiuni).

Hipoestezia vibratorie pe primele două degete cu metacarpianul lor, prelungindu-se în jumătatea inferioară a radiului. Pierdere completă a acestei sensibilităţi în restul mâinii şi antebraţului stâng. Pierderea simţului articular la ultimele două degete în articulaţiile interfalangiene cu scăderea lui la celelalte degete.

In zona de intensă hipoestezie nu percepe atingerea simultană a două puncte, chiar dacă unul este la gâtul mânei şi altul la pulpa digitală. In teritoriul de hipoestezie mai uşoară dela palmă, cercul lui Weber are un diametru de 4 cm.

Percepţia stereognostică este complect pierdută, dacă punem să pipăe un obiect cu ultimele trei degete; pe când pipăitul între police şi index ori la nivelul eminenţei thenar îl duce la recunoaşterea unor din caliăţile obiectului şi chiar inconstant denumirea sa. Astfel recuoaşte când i se pune vată, că e «moale», când i se dă un creion că e ceva «rotund şi lung», un ceas că e ceva tare, de fier, o cheie că e «ceva rotund», de fier, şi recunoaşte că e o cheie...

Prin urmare în acest caz de leziune corticală dreaptă, atingând frontala şi parietala ascendentă, cu maxim în treimea mijlocie a lor, există alteraţiuni senzitive de tip radicular la nivelul feţei, antebraţului şi mânei stângi. Aceste alteraţiuni interesează atât sensibilitatea tactilă cât şi profundă; cea dureroasă neavând decâ o hipoalgesie.

In teritoriul cu mari turburări senzitive dela mână, discriminaţia tactilă, cu stereognozia sunt pierdute. Aceasta însă nu e o regulă, cum o dovedeşte cazul de jos.

Observaţia: Sergentul N. e rănit prin schijă în regiunea parietală stângă de mijloc. La acest nivel există o înfundare osoasă pentru care s'a făcut o intervenţie de către d-l Cpt. dr. C. Mihăilescu şi d-l Intern Chiriceanu.

Din punct de vedere neurologic am constatat uşoară dizartrie. Mici fenomene de tip piramidal la dreapta, uşoară scădere a forţei segmentare, dar mişcări active normale. Reflexe osteo-tendinoase uşor vii, reflexe cutanate normale (absenţa de Babinski).

Sensibilitatea tactilă normală şi la dreapta, în plus atingerile sunt just localizate.

*) Redau aceste date după *Dejerine.*

Sensibilitatea dureroasă şi termică intactă. Sensibilitatea vibratorie, uşor scăzută la primele trei degete; simţul barestezic păstrat însă, dar simţul articular aproape pierdut la nivelul degetelor (mai alterate pentru primele trei).

Astereognozie cu asimbolie la mâna dreaptă la nivelul primelor trei degete: e numai o senzaţie tactilă şi de rece (dacă aplicăm un obiect de metal). Obiectele puse însă la nivelul părţii cubitate sunt identificate în ce priveşte calităţile lor. Astfel un creion... «e ceva rotund», o ţigară... «e o hârtie răsucită»... o cheie... «e un obiect de metal, rotund şi cu un inel la capăt... «o cheie».

Discriminaţia tactilă net alterată la dreapta: la ultimele două degete nu percepe sub 2 cm., existenţa a două atingeri simultane. La primele trei degete sub 4 cm., la palmă în regiunea tenariană 3 cm., în regiunea hipotenar 2 cm. Discriminaţia explorată cu vârfuri ascuţite (acuitatea dureroasă, e însă normală.

Prin urmare în acest caz de leziune corticală dreaptă, atingând frontala şi parietala ascendentă (cu un maxim în treimea mijlocie a lor) există alteraţiuni sensitive de tip radicular la nivelul feţei, antebraţului şi mânei stângi. Aceste alteraţiuni interesează atât sensibilitatea tactilă cât şi profundă, cea dureroasă neavând decât o hipoalgezie.

In teritoriul cu mari turburări sensitive dela mână, discriminaţia tactilă, ca şi stereognesia sunt pierdute.

Prin urmare în acest caz de leziune parietală stângă, exista la mâna dreaptă o astereognozie de tip radicular ca şi în cazul precedent, dar interesând zona cubitală a mânei. Această astereognozie se însoţia de alterări mari ale discriminaţiei tactile. Sensibilitatea tactilă însă e păstrată ca şi localizarea atingerilor, în schimb există o mare alterare a simţului articular, mai puţin a sensibilităţii vibratorii.

Astereognozia apare deci în directă legătură cu pierderea acuităţii ori discriminării tactile, am putea spune ca o urmare a ei. Aceasta explică şi apariţia ei uneori — în leziunile limitate — cu o toporgrafie radiculară. Prezenţa unor modificări de sensibilitate, de origină cerebrală, — cu caracter radicular, găseşte în atari cazuri o confirmare în plus.

Faptul astereognoziei radiculare printr'o leziune cerebrală însă nu a fost semnalat (după cercetările noastre bibliografice).

Cât priveşte sediul leziunei maxime, în ambele cazuri e vorba de o localizare la nivelul treimii mijlocii a parietalei ascendente.

Asupra tratamentului osteomielitei acute a adolescenţilor

de Dr. AT. IANĂŞ

Intr'un studiu recent, *Debré* şi *Leneuf* deosebesc osteomielita acută a adolescenţilor de septicemia stafilococică cu localizări osoase. Septicemia este caracterizată clinic printr'un ansamblu de turburări morbide de cea mai mare severitate, prin multiplicitatea localizărilor metastatice şi prin abundenţa şi constanţa în sânge, a germenilor.

In osteomielită e vorba de prezenţa a puţini germeni în sânge, o bacteriemie, de obiceiu efemeră, dar putând adesea fi persistentă, exteriorizată prin simptome clinice de gravitate moderată şi cu fenomene de localizare mai precizate. In osteomielita tratată dela început, manifestările toxi-infecţioase cedează treptat, în timp ce se desvoltă unul sau mai multe focare de supuraţie. In timpul acesta hemocultura este obişnuit pozitivă şi persistă cca 15 zile în forme comune şi aproximativ 21 zile în formele grave. Bacteriemia aceasta este indiciul eventualităţii de a evolua spre septicemie, pe care o prezintă orice osteomielită. Noi credem că deosebirea dintre septicemia stafilococică şi osteomielită este mai mult de ordin teoretic. Există o bogată gamă de forme clinice, care face trecerea între septicemia stafilococică cu localizări osoase şi osteomielita propriu zisă. Practic în osteomielită fenomenele locale osoase sunt mai accentuate şi ne fixează atenţia mai cu osebire, iar evoluţia clinică este oarecum ciclică: o fază prodromică de 1—2 zile, o fază de stare de 15—20 zile şi o fază de remisiune treptată, spontană sau în legătură cu intervenţia operatorie. Se poate face un paralelism din punct de vedere evolutiv între osteomielita acută a adolescenţilor şi tuberculoza osoasă, numai că în prima, evoluţia urmează în ritm grăbit, iar tendinţa în eliminarea procesului patologic se face mai incomplect, cerând de regulă intervenţia chirurgului. Evoluţia aceasta este expresia reacţiunei ţesutului osos al copilului faţă de stafilococul aureu, care este agentul cel mai obişnuit *M. Nicolle* arată că în principiu, sunt două categorii de microbi: unii virulenţi, care exercită mai mult o acţiune locală, necrotică şi alţii toxici cari nu determină leziuni specifice şi lucrează umoral, prin toxină. După cercetările recente, stafilococul se aşează între aceste două categorii, el având o acţiune necrotică locală şi toxică umorală. Dar în determinismul acestei maladii, terenul joacă rolul cel mai important.

Localizată obişnuit în regiunea metafizară, bogată în ţesut medulo-conjunctiv, infecţiunea stafilococică recunoaşte două momente: unul de germinare şi necroză şi altul mecanic de obstacol circulator. Cercetările recente ale lui Lexer, Ritter, Rost în Germania, ale lui *Crille*, *Wilensky* şi *Bancroff* în *America* au arătat că vechea concepţie a lui *Lannelongue* — infecţia primitivă a măduvei centrale şi difuziunea ei prin canalele lui *Havers* — nu este satisfăcătoare în explicarea tuturor formelor anatomo-clinice de osteomielită. După aceşti autori embolia microbiană poate să se fixeze: 1. într'un vas subperiost, dând naştere unui abces subperiotic, ce pare a fi cazul cel mai frequent; 2. într'un vas în corticală, având ca rezultat necroză şi sequestre lamelare; 3. mai rar în artera nutritoare, ducând la necroza întregei diafaze; 4. într'o ramură a ei, dând naştere unui sequestru inelar limitat. După opinia lui *Starr* şi aceia a lui *Leriche* întinderea infecţiei în spre canalul medular se face mai greu; frequent ea rămâne subperiostică. De altfel *Chassaignac* susţinea de multă vreme că abcesul subperiostic este o leziune fundamentală şi că procesul osteomielitic nu evoluează din profunzime spre suprafaţă, cum se admite clasic.

Aceste elemente anatomo şi fizio-patologice ne ajută în aplicarea tratamentului. In osteomielita acută este vorba de o maladie generală, practic o septicemie mai uşoară, cu localizări osoase. Şi aceasta mai ales în perioada de stare a ei, când persistă fenomenele generale, iar local nu s'a făcut o delimitare netă a procesului. In acest stadiu trebue susţinută starea generală şi combătută infecţia generală. S'au încercat pentru aceasta: vaccinoterapia, abcesul de fixaţie, proteinoterapia, imunotransfuzia, seroterapia, bacteriofagoterapia. S'a constatat în urmă că bunele rezultate notate de *Grégoire* după vaccinoterapie şi de *Vignard* după abcesul de fixaţie, erau datorite temporizării intervenţiei operatorii. De curând, sub inspiraţia cercetărilor lui *Ramon*, *Boivin*, *Richou* şi alţii, *Debré* şi *Leveuf* recomandă seroanatoxiterapia. Această metodă, împreună cu sulfamidoterapia, constituesc cele mai importante mijloace ale tratamentului general.

In această perioadă, o intervenţie chirurgicală, aşa cum era clasic, ce urmări poate avea? Ea pune în contact imediat focarul inflamator, veri-

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tusse

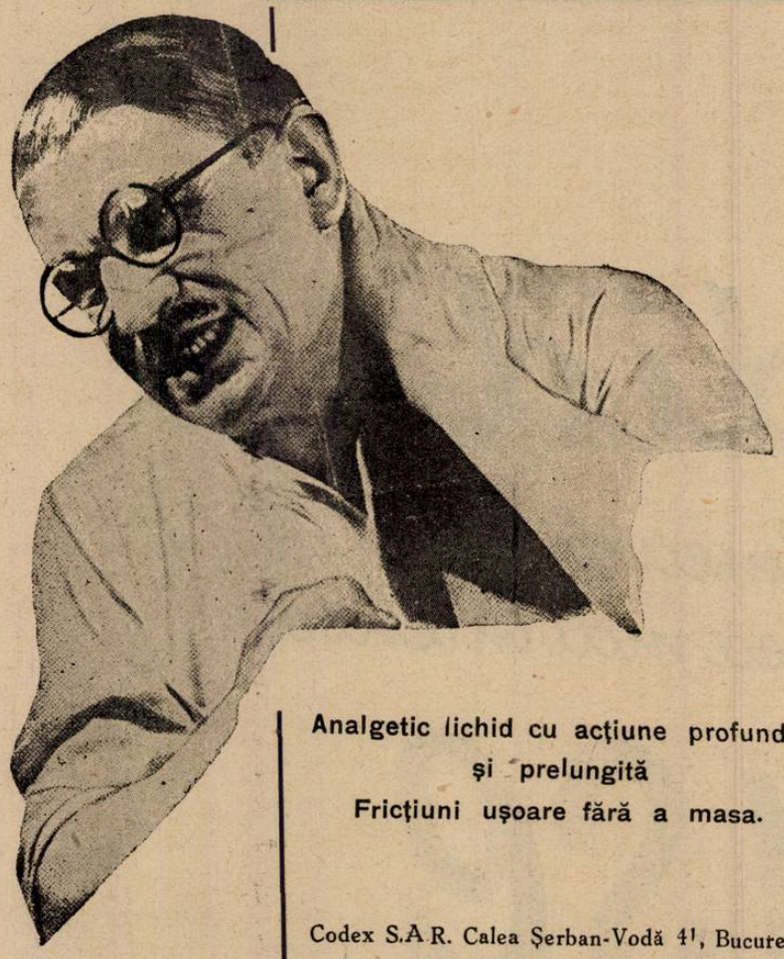
In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro dosi 1/4—1/2 din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:
KNOLL S. A. R.
Produse chimico-farmaceutice, Bucureşti 3. Str. Atena 29.



Dolorsan

0,81% Iod, Camfor, Ol. Rosmarin, Amoniac, Alcool

Dureri nevralgice, inflamatorii, articulare, musculare,

Flacon mic şi mare.

Analgetic lichid cu acţiune profundă şi prelungită
Fricţiuni uşoare fără a masa.

Codex S.A.R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Dolorsan

Hybridin „Henning"

Camfor. Guaiacol, Phenilchinolincarb. Ol. Eucalipt.

Gripă, Pneumonie, Bronchopneumonie şi toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor.

Fluidică secreţiile. — Uşurează expectoraţia

Fiole 1 cc. şi 2 cc intramuscular

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

tabilă cultură de microbi, cu țesuturile înconjurătoare. care nu și-au organizat încă mijloacele de apărare, pentru delimitare și izolare locală pe care o efectuează organismul în jurul focarului infecțios.

Cum se știe și asupra acestui fapt a insistat Leveuf, Bazy ș. a., orice proces inflamator, în special stafilococic este rezultatul luptei dintre organism și microbi. Organismul, terenul, acel «vis naturae medicatrix» a lui *Hipocarate*, după siderarea din primul moment, organizează delimitarea, izolarea focarului și apoi eliminarea produsului luptei care, este supurația purulentă. Pentru aceasta îi trebue timp. *Metivet* a susținut de multă vreme că în orice proces stafilococic nu trebue să se intervină precoce, adică în faza de plină inflamație. In această fază nu se evacuează nimic sau prea puțin, nu se desinfectează, ci totdeauna

Fig. 1
Nistor F. Osteomiclită acută difuză a umărului. Inainte de tratament).

se difuzează infecția. (Metivet). Intocmai ca în antrax intervenția precoce poate da dezastre.

Până acum de curând domina «doctrina intervenției precoce susținută de *Lannelongue, Forgue, Broca, Ombrédanne*, etc. Osteomielita era socotită ca un caz de urgență. Se intervenea imediat, iar rezultatele erau mediocre.

Contra acestei doctrine s'au ridicat *Vignard, Metivet*, și mai ales Leveuf. El spune: «Punctul capital în tratamentul osteomilitei este de a renunța la chirurgia de urgență, care agravează sigur starea generală și locală a operaților». Intervenția precoce explică procentul mare de mortalitate care apare din statisticele clasice (între 12 și 40%). *Leveuf*, din 14 cazuri de osteomielită, operate de urgență, numără 8 morți, pe când din 35 operați cu întârziere, un singur mort. *Crossan*, într'un articol din Annals of Surgery din 1936, spune că în operația precoce mortalitatea este dublă față de operația întârziată. Noi, în 26 cazuri, la care intervenția s'a făcut, în

Fig. 2
Nistor A. 21. VI. 939 (Procesul reconstrucției este început).

afară de unul, tardiv, nu am înregistrat nici un mort. Iar din istoricul cazurilor de osteomielită cronică, pe care am avut a le trata, am notat acelaș fapt: intervenția precoce îngreuia evoluția și lungea durata până la cicatrizare.

Principiile terapeutice sunt: aplicarea dela început a tratamentului general, iar din punct de vedere local, punerea în repaos a regiunii focale. Repaosul se realizează prin imobilizarea în aparat gipsat. Imobilizând de la început segmentul de membru și articulațiile adiacente, într'un aparat gipsat ferestruit, pentru supraveghere locală, evoluția procesului osteomielitei devine mai blândă. Astfel, aparatul gipsat constituie un tratament activ al inflamației oaoase. Supravegnerea zilnică are mare importanță: temperatura, starea generală, starea locală, dau indicații asupra necesității aplicării intervenției operatorii. Este vorba de o «temporizare activă». Obișnuit, urmează cedarea durerilor, scăderea temperaturei și dispariția stării toxi-infecțioase. Ameliorarea treptată face să eliminăm septicemia veritabilă a cărei evoluție este progresivă și mai totdeauna fatală. Temporizarea momentană evită transformarea osteomielitei în septico-pioemie, așa cum se întâmpla mai înainte, prin intervenția precoce și intempestivă. Aplicându-se tratamentul acesta, osteomielita acută urmează, în formele obișnuite și cele mai multe, evoluția amintită: după 8—10—15 zile, temperatura scade, starea generală se transformă, iar local se constată o colecție subperiostică. Maladia, din generală, a devenit locală. Aceasta corespunde fazei de remisiune. Radiografia nu este de regulă concludentă. Ea arată rarefiere, ușoară periostită. Abea după 15 zile se precizează un focar osos, alteori mai târziu. Intervalul de tmp în care se instalează regresiunea fenomenelor generale, și hemocultura devine negativă, iar simptomele locale se delimitează obiectiv și se atenuează subiectiv, constitue «momentul optim» al intervenției. El poate

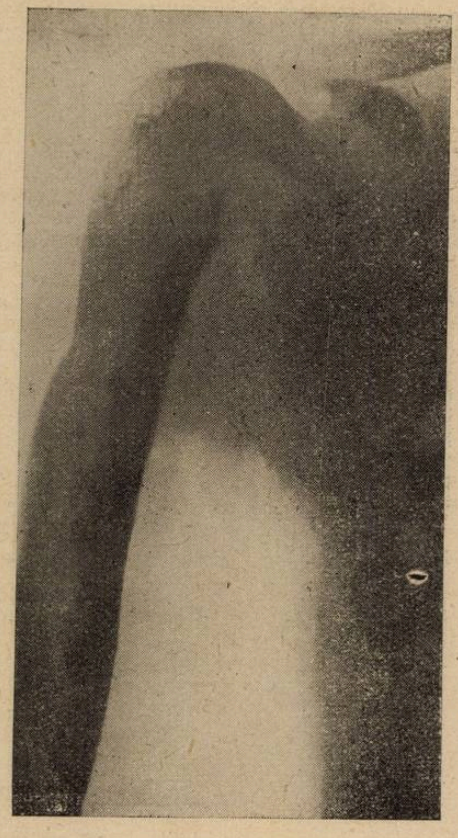


Fig 3
Nistor F. Osteomielită acută difuză a umărului. (După tratament general și local, (20 VIII 1939) Procesul de reconstrucție este realizat. Vindecare.

dura 2—3 zile, chiar o săptămână.

Se poate însă ca această regresiune să nu aibă loc: temperatura se menține, iar colecția subperioristică (ori colecția articulară) este sub tensiune. In acest caz, se impune intervenția care de obiceiu este urmată de scăderea temperaturei și ameliorarea generală și locală.

Apoi, când prin observaţia zilnică, constatăm oarecare reacţie articulară de vecinătate sau clinic ori radiologic se arată că focarul osos ameninţă articulaţia, trebue să intervenim pentru evacuarea focarului. Temporizarea activă a fost aplicată de noi în 5 din 6 cazuri de osteomielita şoldului şi în 3 cazuri de osteomielita cotului. In 4 din aceste cazuri, a trebuit să facem câte 1—3 puncţii evacuatoare. In 3 cazuri nu a fost nevoe de puncţii. Stingerea procesului s'a făcut prin imobilizarea prin aparat gipsat. Numai odată în osteomielita şoldului, după două săptămâni dela debut, temperatura nu a cedat iar local se percepea o colecţie sub tensiune. S'a intervenit, iar urmarea a fost vindecarea rapidă.

Mai este o chestiune în strânsă legătură cu cele expuse mai sus şi anume modalitatea sau tehnica operatorie. Sunt trei metode pe care le vom discuta: incizia abcesului subperiostic, trepanaţia, rezecţia.

1. Incepem cu *trepanaţia*, ea fiind operaţia clasică până de curând. Când

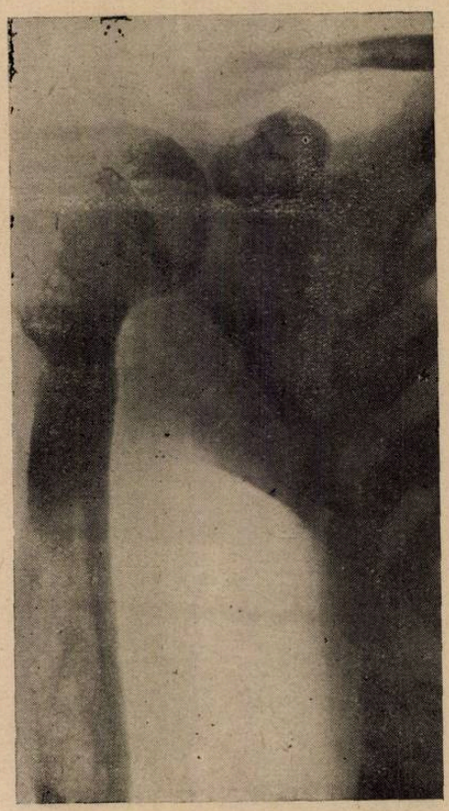


Fig. 4
Nistor A. 20. IX. 940. Un an dela vindecare

se spunea osteomielită, se traducea terapeutic, trepanaţie precoce. In prezent ea este cea mai mult supusă discuţiilor. Preconizată de *Lannelongue*, cu toate opiniile contrare ale lui *Kirmison*, *Broca*, *Delbet*, trepanaţia a fost acceptată ca operaţie clasică în osteomielita acută a adolescenţilor. Deschizând cât mai de grabă canalul medular şi evidând focarul primitiv bulbar, se credea că se diminua mortalitatea generală, se evită formarea de sequestre voluminoase şi complicaţia de artrite supurate.

Observaţia clinică a arătat că nici una din aceste complicaţii nu este evitată prin aplicare precoce a trepanaţiei largi. Statistici importante arată contrariu. Astfel, Rost, din clinica lui *Enderlen* constată următoarele rezulte pe 226 cazuri: 70 trepanaţii cu 14% mortalitate şi 156 incizii cu 7% mortalitate. In plus complicaţiile articulare şi focarele secundare sunt de 2 ori mai frequente după trepanaţie decât după incizie. Constatările lui *Otto Mayer* şi

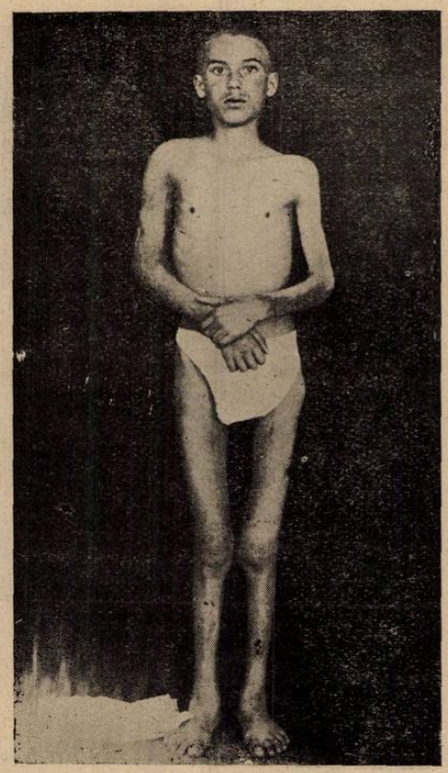


Fig. 5
Nistor A. Osteosmielită acută a umerului, la intrare în Sanatoriu

Nordholt sunt asemănătoare. Statistica lui *Brandt* arată o mortalitate de 16% în cazurile trepanate şi 7,5% în cele incizate. După *Crossan*, forajul dă o mortalitate de 40% pe când incizia 5%. Noi am observat că osteomielitele cronice operate în alte spitale, la început prin trepanaţie, ne-au dat cel mai mult de lucru şi au avut durata cea mai lungă până la vindecare.

Leveuf, în 1926 renunţă la trepanaţie pe care o consideră «operaţia oarbă şi brutală» şi notează că în urma acestui fapt stările septico-pioemice, artritele supurate, sequestrele voluminoase sunt mai rare. *Boppe* socoteşte trepanaţia cel puţin agresivă şi factor de hipertermie şi şoc post operator.

In prezent trepanaţia este mult discutată şi admisă ca metodă de tratament numai în anumite cazuri. Şi anume în primul rând în osteomielita centrală, unde radiografia arată o cavitate de puroi circumscrisă cu sau fără sequestru în mijloc. (Profesorul *Nasta* şi *Dr. Francke* au studiat această chestiune la noi). In al doilea rând, ca intervenţie secundară, când incizia abcesului subperiostic nu a adus la scăderea temperaturei şi când osul apare, cum spune *Ombredanne*, alb spălat, nevascularizat. Dar după constatările noastre, os alb, nevascularizat nu însemnează a fortiori os complet mort sau conţinând puroi în cavitatea lui medulară. De cele mai multe ori, este numai o lamă de os nevascularizat, restul îşi poate păstra vitalitatea, sau se desprinde mai târziu, după mai multe săptămâni, parţial ca sequestru. Este stratul superficial din corticala metafizei şi din cauza care se desprinde ca o găoace de nucă. Sequestrul acesta lamelar poate cuprinde 1/2 sau 2/3 din înconjurul osului. El se ridică printr'o simplă incizie. In indicaţiile trepanaţiei, criteriile clinice sunt cele mai importante. Când un examen amănunţit arată că febra nu ţine de formarea altui focar osteomielitic şi mai ales dacă radiografia ara-

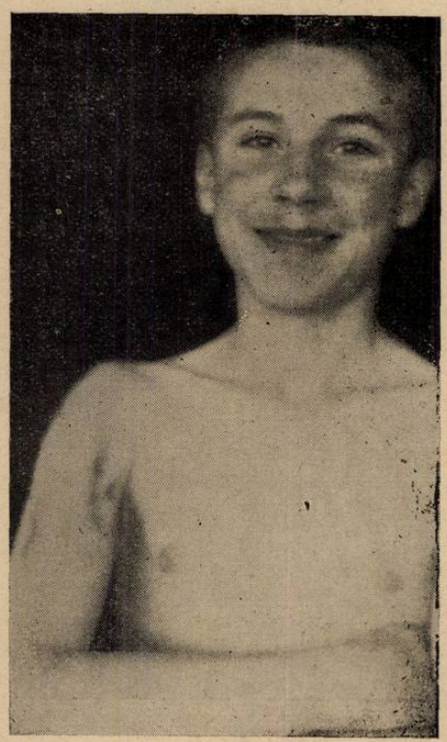


Fig. 6
Nistor A. Vindecare

tă modificări structurale echivalente uneia sau mai multor cavităţi, se trepanează. Cu tot rezultatul foarte frumos al lui *Sorrel*, când a trepanat o diafiză a 4-a zi şi evidând focarul supurativ a ajuns la vindecarea grabnică, observaţii clinice între altele ale lui *Haberer* arată agravarea stării generale şi locale, după trepanaţie. Intr'un caz, *Haberer*, după 3 zile dela incizia unui abces, subperiostic tibial, cu toate că copilul mergea bine, din motive teoretice, intervine şi trepanează. Găseşte într'adevăr un abces al

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Toleranţă perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

BAYER

»Behringwerke« LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.

HIPOTONINE

Tuburi a 10 şi 20 comprim. de 30 ctgr.

Combinaţie aminică a acidului succinic

MEDICAŢIUNEA **HIPOTENSIVA** IDEALĂ

Indicaţiuni
- Hypertensiune
- Turburări Vasomotorii
- Palpitaţiuni

Posologie: 2—3 compr. pe zi, timp de 10 zile

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel: 5.51.51

măduvei care este drenat. Operaţia părea satisfăcătoare, dar starea bolnavului se agravează şi bolnavul moare cu fenomene de septico-pioemie. De atunci *Haberer* nu a mai trepanat şi din statistica de 48 cazuri, notează numai 2 morţi şi acestea, urmând tocmai trepanaţiei, făcută contrar principiilor impuse de el.

Aceste fapte sunt pline de învăţăminte. Ele arată că nu principiile teoretice trebue să primeze, ci constatările clinice. Chiar dacă o examinare complectă ne arată că este vorba de un focar supurativ profund, atâta vreme cât starea generală nu este gravă şi nu prezintă pericol de propagare la articulaţie, conduita noastră trebue să fie de «expectativă armată», aşteptând ca organismul să izoleze bine acest focar. Ca în orice proces inflamator, este mai bine a opera la rece de cât la cald. Am amintit mai sus despre pericolele intervenţiei precoce, care cresc la maximum când e vorba de trepanaţie. Această operaţie are deci indicaţii restrânse şi este bine a fi executată cât mai târziu, bineînţeles conducându-ne de fenomenele generale şi locale. Trepanăm când avem mâna forţată, când febra durează, starea generală este gravă şi bolnavul este în pericol de a face septico-pioemie.

2. *Incizia simplă*, susţinută de *Broca, Ombrédanne, Leveuf*, etc., în Franţa şi de *Bibroth, Klapp*, etc., în Germania, a câştigat de curând favoarea chirurgilor. Incizia şi evacuarea colecţiei supurate osteomelitice este urmarea concepţiei că abcesul subperiostic este de cele mai adese ori leziunea fundamentală şi încă a concepţiei că organismul copilului posedă mijloace de a tinde spre expulzia focarului patologic. Incizia nu aduce nici'o vătămare ţesutului osos, ci uşurează opera naturei, de eliminare a ţesutului distrus, mort.

Adesea, acestei inrvenţii i se asociază şi ridicarea de mici sequestre lamelare. Incizia simplă, reamintim, este indicată când efervescenţa maladiei este completă sau aproape completă şi reacţiile inflamatorii locale s'au atenuat. Incizia este neurmată de drenaj, de obiceiu şi se execută fără a întrerupe imobilizarea gipsată. In aceste condiţii, incizia este tratamentul de necesitate şi adesea complet. Cicatrizarea poate surveni simplu; adesea survine după eliminarea spontană de mici sequestre lamelare. Uneori este nevoie de extracţia acestora, prin lărgirea inciziei prime. Radiografia făcută periodic ne arată gradul de reconstrucţie a osului, până la vindecarea definitivă.

In unele cazuri, incizia constitue un timp operator preliminar trepanaţiei sau sequestrectomiei secundare. După incizie, se aplică pansament vasilinat oclusiv şi aparat gispat. Schimbarea pansamentelor se face cât mai rar, la 3—4 săptămâni.

Avem foarte clar imaginea radiologică şi aspectul clinic al bolnavului Nistor A. de 15 ani. Venit în Sanatoriu cu osteomielită acută a umerului, cu debut de 5 săptămâni şi fistulizat insuficient, de 5 zile. La nivelul metafizei femurale inferioare stângi prezintă o tumefacţie păstoasă, dureroasă: uşoară reacţie în articulaţia genunchiului. Temperatura 37°—37,8°. După durerile acuzate în număr bănuim o fractură patologică recentă. Radiografia arată o decalcifiere foarte intensă şi o teacă de periost îngroşat.

Ne hotărâm a lărgi incizia pentru a vida complet colecţia subperiostică şi a imobiliza membrul inferior într'un aparat gipsat toraco-brahial. La incizie, osul ne apare denudat, iar bisturiul şi stiletul pătrund în corticala albă, mată, poroasă, ca în măduva tulpinei de porumb: uşor crepitantă, friabilă, imbibată cu o serozitate tulbure şi lichid purulent. Exista şi o fractură metafizară ce ne dădea impresia de ruperea unui cilindru de zahăr îmbibat şi gata de topire. Deasupra, fine lamele necrozate albe lucioase ce se desprindeau uşor. Periostul decolat ca o membrană subţire. Un astfel de caz vine în sprijinul opiniei lui Leriche, care susţine că osteomielita nu este «mielită» ci «haversită»; este inflamaţia ţesutului conjunctiv din canalele lui Havers. Este simplu de văzut că într'un asemenea caz, trepanaţia nu-şi găsea indicaţia, iar rezecţia — pe care o vom discuta ulterior, n'ar fi realizat o regenerare osoasă fiindcă lipsea apoziţia de elementele osteogenetice pe faţa internă a periostului. Aceasta în cazul nostru, juca un rol de simplă membrană conjonctivă. Deaceea ne-am rezumat la incizie şi imobilizare, cu încrederea în forţa de vindecare naturală a vârstei copilăriei. Bolnavul tratat în climat maritim, fără nici o medicaţie şi-a refăcut rapid starea generală, temperatura a scăzut complet la normal, supuraţia a diminuat. După 2 luni a fost nevoie să ridicăm, tot printr'o incizie simplă, un mic sequestru. Câteva sequestre pulverulente se eliminaseră spontan. Urmărit radiologic, ţesutul acesta osos decalcificat, profund infectat s'a refăcut admirabil în decurs de 4 luni. In acest timp prin repaos în pat focarul femural s'a rezorbit complet şi definitiv. Acelaş aspect şi aceiaşi evoluţie fericită am constatat în mai multe cazuri de osteomielită acută venite în tratament după ce perioada de stare era în regresiune sau se instalase defervescenţa. Bolnavii nu avuseseră alt tratament decât imobilizare în pat, imobilizare relativă şi forţată din cauza durerilor. Astfel: 3 cazuri la tibie, unul la femur şi unul la claviculă.

Refacerea ţesutului osos la copil şi adolescent face parte din minunatele realizări ale acelei «vis naturae medicatrix». Există o reconstrucţie aproape perfectă a segmentului de schelet. Această reconstrucţie osoasă cere o condiţie esenţială: intervenţia să nu fie mai întinsă decât e necesar şi să nu fie agresivă pentru ţesuturi, pentruca forţele naturale de vindecare să-şi poată exercita acţiunea lor. Chirurgul, prin intervenţia sa, ajută, uşurează travaliul factorilor de refacere ai organismului. Despre momentul optim al intervenţiei, altă condiţie principală de succes, am scris mai sus. Acum numai reamintesc, pentru incizie ca şi pentru trepanaţie că executate prea de vreme ele sunt vătămătoare, iar prea târziu, când traecte supurate străbat corticala dintr'o parte în alta şi stabilesc recezusuri în ţesuturile moi, ele dau rezultate puţin satisfăcătoare şi cer o lungă durată de tratament şi încă alte intervenţii complimentare.

3. *Rezecţia*. Metodă veche şi aproape părăsită, rezecţia a fost reabilitată recent de *Leveuf*. Mai multe cazuri de rezecţie diafizară, în osteomielită au fost comunicate la Academia de Chirurgie din Paris şi publicate de chirurgii francezi, printre cari: *Leveuf* şi *Bechet, Sorrel, Oberthür*, etc. precum şi de chirurgii români: *Barbelian, Rădulescu, Climescu şi Ianăş, Aurel Popescu*.

Indicaţia rezecţiei este excepţională. Aceasta este şi părerea cea mai recentă a lui *Leveuf*. Este indicată în cazurile în care, după incizie sau trepanaţie, fenomenele generale şi locale nu s'au ameliorat. In primul rând însă trebuie să ne asigurăm că nu există alt focar supurativ în organism. Dacă explorarea clinică este negativă, toate manifestările clinice grave sunt datorite infecţiei profunde a osului. Cel mai bun lucru este de a proceda la rezecţie. Radiografia ne este de folos: ea arată osul decalcifiat, iar în jurul lui constituirea unui manşon osteoperiostic care este complet sau parţial deslipit de diafiză. Practicată în astfel de condiţii şi în fază precoce, cum spune Leveuf, la 3—4 săptămâni dela debut, rezecţia dă rezultate bune, cu o regenerare osoasă, de cele mai multe ori excelentă.

Rezecţia nu o impune chirurgul ci natura care a şi început procesul de desprindere, de izolare a diafizei şi începutul procesului de reînoire osoasă

prin teaca osteo-periostică ce apare pe radiografie. In timpul intervenţiei, diafiza ne apare adesea scăldată în puroiu, transformată în sequestru, total sau parţial. Chirurgul efectuiază al doilea act: eliminarea, expulzia. Rămâne ca al treilea act, adică regenerarea osoasă s'o săvârşească tot natura Ridicarea osului trebuie făcută cu prudenţă pentru a nu lăsa să persiste focarul în restul diafiziei; mai ales desprinderea dela nivelul cartilagiului de conjugare trebuie făcută cu deosebită grijă. Rezecţia trebuie să întreacă cu 1 cm. porţiunea bolnavă a segmentului osos. Curăţirea tecei osteoperiostice de puroiu, se face cu ser fiziologic, ori ce antiseptic fiind dăunător regenerării osoase. După intervenţie, urmează aplicarea de comprese vaselinate şi imobilizare în aparat gipsat. Pansamentele se schimbă rar, la 3—4 săptămâni. Regenerarea apare radiologic după 8—15 zile, sub formă de imagine noroasă care mai târziu îşi perfecţionează structura, după planul arhitectural primar. In 3—4 luni regenerarea este obişnuit completă şi se poate ca segmentul de membru să fie folosit. Examenul radiologic periodic este necesar. Numai când socotim că volumul segmentului regenerat este bine desvoltat, se pune copilul la mers, (dacă este vorba de osteomielita membrului inferior). Portul unui aparat ortopedic, la început fără sprijin talonier apoi cu sprijin direct, este de mult folos, pentru o durată de mai multe luni. Cazurile de rezecţie pe care le-am văzut în consultaţii particulare la copii operaţi prin rezecţia diafizei femurale sau tibiale şi urmate de pseudartroze cu urmări funcţionale extrem de grave, ne determină a crede că n'au fost respectate principiile amintite mai sus.

Aplicarea metodelor operatorii, după indicaţii bine precizate, face să diminueze frequenţa unor complicaţii urgente şi traumatizante. Dacă apar epanşamente articulare, simpla imobilizare poate aduce vindecarea. Adesea lichidul trebue evacuat prin câteva punctii.

Când artrita supurată francă s'a constituit, imobilizarea şi punctia, asociate la tratamentul focarului osos inițial, constitue conduita de aplicat. Ea poate aduce frequent vindecarea. In caz de insucces, artrotomia, rezecţia metafizei şi dacă este posibil evidarea traectului epifizar, de pătrundere a infecţiunei dela metafiză la articulaţie. Rezecţia metafizo-epifizară este condamnată prin enorma oprire în creştere a segmentului de membru interesat, ce urmează. Cât despre decolarea epifizară şi fractura intra-focală, aceste complicaţii sunt rare, dacă imobilizarea a fost aplicată dela început. De altfel ele nu reprezintă gravitate şi reducerea şi imobilizarea în aparat gipsat duce sigur la consolidare.

Din cele 26 cazuri de osteomielită acută, la copii dela vârsta le 2 ani până la 15 ani, trataţi în Sanatoriul Maritim Bugaz, intervenţia a fost în general tardivă, dela 15-a zi până la a 40-a zi. Şi aceasta în majoitatea cazurilor deoarece copii erau aduşi după 2—3 săptămâni dela debut, când fenomenele grave erau în declin, sau chiar dispărute. Numai de 3 ori am intervenit imediat: într'un caz de osteomielită a femurului cu artrită supurată a genunchiului a 5-a zi şi mă întreb dacă precocitatea intervenţiei i-a folosit. Bolnavul a febricitat aproape 2 luni, iar deabia după alte 3 luni, avea tendinţă la cicatrizare. In alt caz de osteomielită a umărului grabnic, în 5 săptămâni. Iar al 3-lea caz era o localizare coxo-femurală cu abces sub tensiune şi un abces mare subcutanat la nivelul şanţurilor vertebrale. Şi aci intervenţia a fost urmată de cicatrizare rapidă, 5 săptămâni.

In 3 din cazurile noastre anume de ostomielita şoldului şi cotului, n'a fost nevoe de nici o intervenţie. Numai imobilizarea în aparat gipsat a adus vindecarea în decurs variind dela 3 luni la 8 luni. In 4 cazuri punctia colecţiei a fost suficientă. In 13 cazuri, însemnând însă 20 localizări, inetrvenţia executată a fost incizia simplă sau asociată de culegere de sequestre: de 5 ori a fost nevoe de lărgire de incizie, tardivă pentru ablaţie de sequestre; de 4 ori curetaj pentru grăbirea cicatrizării. Notăm că în aceste cazuri era vorba de sequestre subţiri, lamelare, în afară de 2 care aveau formă de ½ sau 1/3 de teacă osoasă, din stratul superficial al corticalei.

Intr'un caz a fost nevoe de trepanaţie secundară imediată, iar în 2 cazuri de trepanaţie secundară tardivă.

Trepanaţia primitivă a fost aplicată numai în 2 cazuri de oteomielită centrală, după 18 şi 25 zile dela debut; un caz fistulizat, cel'lalt nu.

In ambele cazuri era vorba de osteomielita cubitului. In primul, trepanaţie şi tamponament; în cel de al doilea, unde închistarea focarului era perfectă, extirparea întregului focar şi sutura a dus la vindecare perfectă şi stabilă.

Localizările cel mai frequente erau: tibia 16 cazuri, femurul 8, clavicula 3, umerus 2, coxo-feurală 6, cubitus 2, calcaneul 1. In 16 cazuri era vorba de localizările multiple.

In lotul acesta de bolnavi, am executat rezecţie parţială a cubitului într'un caz, cu rezultat satisfăcător. Nu a fost nici 'un caz de mortalitate.

In concluzie tratamentul osteomielitei acute a adolescenţilor este următorul:

1. Tratament general: Sero-anatoxiterapie *(Debré şi Leveuf)*, suflamidoterapie, terapie stimulentă, în special climato-terapia.

2. Tratament local: imobilizare în aparat gipsat şi expectativă, pentru ca fenomenele generale serioase să se amelioreze şi cele locale să se delimiteze. Când febra a început să se apropie de normal sau a scăzut complet şi colecţia este constituită, intervenţia este indicată. In unele forme, simpla punctie este suficientă.

Deci nu intervenţia precoce, ci temporizare activă. Din punct de vedere al tehnicei operatorii, incizia abcesului subperiostic este de cele mai multe ori operaţia completă.

Uneori e nevoe de mici intervenţii complimentare, ulterioare.

Trepanaţia are indicaţie rară şi anume în osteomielita centrală şi în caz de insucces al inciziei. Iar rezecţia este intervenţia de excepţie.

Nu este multă vreme decând A. Broca spunea, şi aceasta, către sfârşitul unei vieţi bogată în experienţe, «Je me declare incapable de porter un pronostic certain sur une ostéomyelite aigue au moment de l'operation».

Temporizarea activă şi intervenţii neagresive, adequate formei clinice ameliorează considerabil pronosticul acestei boale.

BIBLIOGRAFII

Le foie cardiaque, par **Jean Vague** Chef de Clinique a la Faculté de Médecine de Maresille. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 180 pagini, o dollar 70.

Autorul a întrunit toate noţiunile clasice asupra «ficatului cardiac» ca şi concepţiunile actuale.

Descrierea clinică se referă la punctele mai importante ale semiologei ficatului cardiac şi la aspectele sale evolutive; unele date asupra circulaţiei de întoarcere, turburări biologice, etc.

Studiul anatomo-patologic precizează diferitele modalităţi evolutive şi cauza lor.

Se găseşte, deasemeni în această lucrare un studiu anatomic al venelor supra hepatice şi în special noţiune clasică de «sfincter» ale acestor vene la toatec vârstele, la sănătoşi şi bolnavi.

Chesitunea ficatului cardiac este expusă complect în această monografie, care va interesa deopotrivă pe studentul candidat la concurs ca şi pe practicianul dornic de a se instrui asupra evoluţiei cunoştinţelor recente ale acestui sindrom.

Refacerea terenului

înainte şi după

MALADIILE INFECŢIOASE

INTOXICAŢIUNILE

la toţi astenicii

VITASCORBOL

Acid ℓ-ascorbic
(Vitamina C)

VITAMINA REFACERILOR CELULARE

CALE BUCALĂ :

COMPRIMATE dozate la 0,05 g. *(tuburi cu 20)*

CALE INTRAVENOASĂ ŞI PARENTERALĂ :

SOLUŢIE de 5 % (fiole de 1 şi 2 cc) *cutii cu 10*
SOLUŢIE de 10 % (fiole de 5 cc.) *cutii cu 3*

POSOLOGIE :

CALE BUCALĂ : COPII : 1 la 2 comprimate *pro die*
ADULŢI : 2 la 4 comprimate *pro die*

CALE PARENTERALĂ : 0,10 g. la 0,50 g. *pro die*

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE - **specia** - MARQUES "POULENC FRÈRES" & "USINES DU RHÔNE"
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (VIIIe)

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Camfotol Dr. Radu

Soluţie injectabilă de chlorhidrat de cholină şi camfosulfonat de calciu

Stenic!

Indicaţii: Convalescenţe postoperatorii şi după maladiile infecţioase, anemiile tuberculoase, lipsa de apetit, demineralizare, turburări de creştere, tuberculoză pulmonară, ganglionară, osoasă şi viscerală.

Cutii Orig. Cu 5 şi 50 fiole a 5 c.

---

sirop **TUSSAMAG** picături

Percolat stabilizat de castanea vesca şi thymus serphyllum cu saponine, TUSSAMAG PICATURI conţine şi efedrină.

Nu conţine narcotice!

TUSSAMAG fluidifică repede secreţiile vâscoase, uşurează expectoraţia, desinfectează organele respiratorii fără a turbura apetitul

Chemische Fabrik Tempelhof Berlin.

Pentru România: Dr. Alex. Radu, Str. Sofia 30, Bucureşti, 3

Tratamentul leziunilor cerebro-meningee dela naştere

Docent Dr. HORIA SLOBOZIANU

Leziunile cerebrale traumatice joacă un rol important în patologia noilor născuţi. De natura şi de gravitatea acestor leziuni depinde viaţa copiilor în primele zile după naştere şi dezvoltarea lor psihică ulterioară, sequelele nervoase putând da naştere mai târziu la cele mai variate tulburări.

Tratamentul leziunilor cerebrale de origine obstetricală nu este lipsit de interes şi este chemat de cele mai multe ori să salveze viaţa copilului.

A. — **Tratamentul Profilactic** se poate exercita în timpul sarcinei şi în timpul travaliului.

Eugenia şi puericultura intra-uterină dau principiile, ca să se obţină noi născuţi normali cu o rezistenţă mărită în contra infecţiilor şi a traumatismelor. Trebuesc tratate leziunile renale, hepatice, sifilisul părinţilor, infecţiile şi intoxicaţiile atât de variate, care alterând organele hematopoetice şi aparatul vascular al fătului, măresc tendinţa la emoragii şi pregătesc o mare fragilitate vasculară.

Prematuritatea predispune şi ea pe copii la leziuni cerebro-meningee din cauza fragilităţii sistemului circulator, încă incomplect dezvoltat. La noi în ţară numărul naşterilor premature este foarte mare, ceeace explică şi mortalitatea infantilă ridicată. Intr'o lucrarea făcută în Istitutul «Maternitatea» împreună cu d-nii D-ri *Gh. Hoisescu şi Opincaru*, publicată în Revista Ştiinţelor Medicale din August 1926 lucrare în care studiam 11393 naşteri, am putut arăta că din totalul naşterilor, 34,46 la sută copii se nasc cu o greutate sub 3000 gr. şi 15,60 la sută cu o greutate sub 2500 grame. Cifra aceasta este foarte ridicată, dacă o comparăm cu alte oraşe. Aşa de exemplu în Nurenberg avem 9,9 la sută, Hamburg 10,6 la sută, Ausburg 11,6 la sută, Helsingfors 13,6 la sută naşteri premature.

Pentru evitarea prematurităţii este nevoe să se trateze infecţiile şi intoxicaţiile părinţilor, trebuesc combătute boalele sociale, ca: blenoragia, sifilisul, malaria. Surmenajul, traumatismele, subalimentaţia, avitaminozele determină şi ele într'o mare măsură naşterile premature. In lucrarea amintită mai sus am constatat că muncitoarele cu ziua nasc copii sub 3000 grame în proporţie de 45,41 la sută, lucrătoarele agricole 44,25 la sută, funcţionarele 40,1 la sută, lucrătoarele din industrii 39,80 la sută, servitoarele 35,21 la sută, casnicele 31,82 la sută, bucătăresele 29,82 la sută.

Examenele repetate ale gravidelor permit, să se evite poziţiile vicioase, practicându-se înainte de naştere versiuni prin manopere externe.

Aplicaţiile de forceps la strâmtoarea superioară ar trebui înlocuite prin operaţii cezariene. Aşa cum se fac încă aplicaţiile de forceps, constituesc pentru copii nu numai un grav pericol imediat, ci şi un pericol îndepărtat prin leziunile nervoase, care se organizează şi care pot rămâne permanente.

Ar trebui scurtate facerile lungi, în care craniul destinde cu greutate perineul. Contracţiile violente ale uterului produc leziuni encefalice la făt. Arta obstetricală permite, să se evite forţa şi deci traumatizarea fătului. De asemeni n'ar trebi întrebinţate manoperele brutale, când se readuc la viaţă copiii, la care se bănueşte o emoragie cerebrală. Ţinerea acestor copii cu capul în jos, metoda lui Schultze, măresc leziunile cerebro-meningee.

Tratamentul preventiv are o deosebită importanţă, deoarece e mai prudent, să prevenim decât să avem de tratat leziuni cerebrale.

B. — **Tratamentul Curativ** depinde de natura leziunilor, ele fiind extrem de variate şi de complexe şi consistând în contuziuni, zdrobiri ale substanţei nervoase, edem sero-albuminos, emoragii subdurale, supra sau infratentoriale, subarachnoidiane sau sub-piale, intraventriculare, intra-cerebrale. Alte ori avem leziuni ale bulbului şi ale măduvei: elongaţii, rupturi, emoragii în jurul sau în interiorul măduvei. Leziuni atât de variate n'au nici acelaş pronostic şi nici acelaş tratament.

Ca să micşorăm hiperhemia cerebro-meningee, noi au preconizat tratamentul cu punga de ghiaţă (Revue de Gynécologie et Obstétrique, février 1934). Se aplică pe capul noului născut o pungă mică de ghiaţă învelită într'o flanelă. Punga se ţine jum.—o oră şi se scoate un timp egal. Tratamentul se continuă până ce se ajunge la vindecare. In acest timp, temperatura normală a copilului este menţinută cu sticle calde. Frigul are o acţiune analgeziantă şi decongestivă. După aplicarea pungii de ghiaţă, copilul devine mai calm, nu mai este agitat, lucru important deoarece ţipetele neîntrerupte întreţin congestia şi emoragia. Frigul măreşte viscozitatea sângelui şi favorizează coagularea. Micşorarea congestiei cerebro-meningee şi coroidiene diminuă producţia de lichid cefalo-rachidian. Se evită astfel fenomenele de tensiune intracraniană. In adevăr, după aplicarea pungei de ghiaţă, fontanela nu mai este destinsă şi nu mai este nevoie de puncţii lombare atât de numeroase. Puncţiile lombare coboară repede tensiunea intra-craniană, periculoasă mai ales când se eczercită asupra bulbului. Ele pot fi repetate chiar în aceiaşi zi, dacă este nevoie. Putem scoate astfel sângele revărsat şi lichidul sero-albuminos, care comprimă şi irită meningele.

A doua indicaţie în tratamentul leziunilor cerebro-meningee este mărirea coagulării sângelui, întârziată în foarte multe cazuri. Pentru aceasta se recomandă să se facă injecţii de serum animal sau mai bine injecţii cu sânge dela părinţi. Se injectează câteva zile dearândul 15-20 cmc. sânge. In acelaş scop se pot face injecţii de coagulen (preparate de plachete sanguine), Clauden (extras de pulmon animal), Sango stop (substanţe pectice), calciu.

In ultimul timp s'a constatat că noii născuţi au o tendinţă atât de mare la emoragii din cauza carenţei în protrombină. Hipotrombinemia produce la ei o diateză hemoragică, care uneori este mortală. S'a vorbit chiar de o avitaminoză K. Curba protrombinei începe jos, chiar la noii născuţi sănătoşi, scade în primele trei zile, ajunge la 10%, şi chiar mai puţin, din cantitatea normală. Incepe apoi să crească ca să ajungă în 1-2 luni la valorile normale. Această stare poate fi modificată, dacă se administrează per os, mai bine intramuscular sau intravenos, vitamina K (Sinkavit «Roche»). Se dă un comprimat de 0,01 sau se injectează o fiolă cu 0,01, sau Karan Merk.

S'a constatat, că dacă se dă mamelor înainte de naştere 20 mgr. Sinkavit, mortalitatea copiilor prin emoragii cerebrale este de 3 ori mai mică. Tratamentul acesta este indicat mai ales în naşterile grele, în care copiii sufăr traumatisme uneori violente.

Pentru înlăturarea stării de colaps circulator şi pentru stimularea centrului respirator, se poate administra Veritol, Icoral, Coramine, Cardiazol, Cafeină, Adrenalină, Lobelină. In convulsiuni ne putem servi de luminal per os sau în injecţii. In caz de hipertensiune intra craniană se recomandă să se facă la 4 ore clisme de 60-90 cm^3 soluţie hipertonică de clorur de sodiu.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute şi cronice *la copii şi adulţi,* diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa reprezentanţei generale Bucureşti, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii intramusculare în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

ACTIVITATEA CHIRURGICALA LA O DIVIZIE

Med. Lt. Col. V. MUSTACESCU
Şeful Serv. sanitar al Div. de Gardă
şi
Med. Slt. GH. PODEANU
Chirurg Secundar şi Asist. Universitar

Este ştiut de acum de toată lumea că în acest război Divizia de Gardă a realizat fapte mari de arme şi a făcut faţă unor grele încercări, iar ambulanţa care a urmat-o pas cu pas a desfăşurat o activitate excepţională. Pentru ilustra aceasta e deajuns să menţionăm că numărul total de răniţi, şocaţi şi bolnavi trecuţi pe la ambulanţă se ridică la impresionanta cifră de 10.240. Cum de primul tratament chirurgical depinde toată evoluţia ulterioară a răniţilor şi cum acest tratament începe la ambulanţă, care rămâne cheia chirurgiei de război, credem că este de datoria noastră să dăm la lumină observaţiile şi impresiile culese în patru luni de plină activitate. Ele vor constitui un îndreptar pentru medicii tineri chemaţi să lucreze în condiţiuni similare şi vor fi sugestive pentru cei ce vor reorganiza cândva aceste formaţiuni sanitare. Expunem în cele ce urmează activitatea în ansamblul ei, menţionând în fugă tratamentul răniţilor la primul post de ajutor şi transportul lor până la Ambulanţă, rezervându-ne spaţiul pentru a insista îndeosebi asupra tratamentului chirurgical propriu zis ce s'a făcut la ambulanţă. Dar aceste operaţiuni de culegere a răniţilor, tratamentul la primul post de ajutor şi transportul către formaţiunile sanitare înapoiate a variat după condiţiunile şi caracterele regiunii în care a activat Divizia. La prima ofensivă care a avut loc lângă Prut în regiunea Fălciu-Bogdăneşti-Ţiganca, evacuarea răniţilor către interiorul ţării se făcea foarte uşor căci automotorul sanitar venea până la pragul ambulanţei. In schimb culegerea răniţilor constituia operaţia cea mai dificilă, căci luptele se dau în mlaştinele Prutului şi răniţii trebuiau scoşi deacolo. La a doua ofensivă pe linia de rezistenţă Cagarlâc-Vasilievca-Manheim-Believca, lupta se da pe teren uscat dar, în ţară străină, cu drumuri impracticabile şi sub ameninţarea bombardamentului de aviaţie şi artilerie. In a treia ofensivă ce s'a produs la Dalnic lângă Odssa s'a lungit mult distanţa ce trebuia parcursă pentru evacuarea răniţilor, iar formaţiunile sanitare funcţionând lângă un centru inamic bine întărit, au fost continuu terorizate de atacurile aeriene. In plus drumurile s'au inundat la un moment dat şi transporturile constituiau una din cele mai grele probleme.

Culegerea răniţilor depe front s'a făcut de clasicii brancardieri. Este de subliniat eroismul anonim al acestor samariteni care cu aceleaşi riscuri ca soldaţii combativi au făcut acte de mare curaj, mergând după răniţi până departe către liniile inamice. Numărul mare de brancardieri morţi în acest război dovedeşte cu prisosinţă eroismul lor şi lipsa totală de menajament din partea Ruşilor pentru insignele Crucii Roşii. Acest serviciu de culegere este organizat şi dirijat de medicul batalionar şi el este cheia întregului serviciu de salvare.

De câte ori este o mână slabă în acest punct se resimte efectul până departe. Medicul batalionar este solul civilizaţiei şi umanitarismului, pus în situaţia de a activa în postul cel mai înaintat în imediata apropiere a groaznicei maşini de război. Infruntă aceleaş riscuri ca şi ofiţerii combatanţi din primele linii.

Primul ajutor chirurgical ce se dă răniţilor culeşi se face în condiţiuni extrem de grele; sub bombardament şi adăpostiţi în gropi aşa încât nu putem fi pretenţioşi. Aci se aplică primul pansament, se face o imobilizare provizorie a fracturilor şi hemostază prin garouri. Trebue să facem totuşi menţiunea că aceste garouri au fost în genere defectuos aplicate încât nu realizau decât o hemostază venoasă, care accentua hemoragia în segmentul inferior al plăgei. Cauza acestui neajuns este materialul din care se aplică garoul care din pricinipiu este improvizat din curele, feşi, sfori, batiste etc. şi cu acestea este foarte greu de dozat şi menţinut presiunea necesară. La acest capitol trebuesc imitaţi Ruşii, care au prevăzut în trusa sanitară un aparat foarte practic pentru hemostază.

Transportul răniţilor dela primul post de ajutor către staţia de trăsuri s'a făcut cu brancardul metalic «standard», care s'a dovedit foarte bun şi cu mult superior celor de lemn, şi cu căruciorul tip «Mestrovicz» modificat de armata română. Acest cărucior cu două brancarde suprapuse şi tras de cal a putut pătrunde în regiunile cele mai dificile şi a adus cele mai mari servicii în transportul răniţilor din prima etapă. Este mijlocul cel mai adequat pentru transportul răniţilor din preajma câmpului de luptă şi trebue amplificat cât de mult.

Staţiile de trăsuri au fost împinse în războiul din Ucraina după insistenţa medicului şef al Diviziei, cât mai aproape de front, uneori până la postul de prim ajutor batalionar. La această staţie de trăsuri era totdeauna un sanitar şi când a fost posibil chiar un medic. El verifica hemostaza sau imobilizarea şi în caz de aglomerare făcea oarecare triaj în prioritatea evacuării.

Transportul răniţilor s'a făcut dela staţia de trăsuri la ambulanţă cu auto-sanitare, turisme şi turisme cu remorci sanitare. Această evacuare a fost aşa de bine orgnizată încât excepţional s'au întrebuinţat căruţe ţărăneşti. Auto-sanitarele care au constituit baza transporturilor de răniţi sunt întradevăr foarte rezistente şi destul de înalte pentru a străbate fără nici o dificultate pe toate drumurile. Dar pentru dimensiunile lor sunt prea puţin încăpătoare iar suspensiunea şi amortizoarele lasă foarte mult de dorit. Răniţii sufereau în timpul transportului din cauza sdruncinărilor brutale. Remorcile sanitare nu au putut fi întrebuinţate. Toate turismele de care au fost remorcate s'au defectat la ambreaj, la arcuri sau la bara de cuplaj. Afară de aceasta în timpul mersului remorcile se angajează într'un balans penibil pentru răniţi, iar sub soare se încălzesc atât de tare încât atmosfera interioară devine insuportabilă. Toate aceste remorci au rămas inutilizabile înapoia frontului.

Ambulanţa divizionară este instanţa sanitară care ne-a concentrat nouă toată atenţia şi căreia i-am consacrat toată puterea noastră de muncă. Principiile care ne-au călăuzit pe noi au fost următoarele: 1. Să venim cu intervenţia chirurgicală în primele ore cât mai aproape de momentul rănirii. Din această deviză şeful nostru Lt. Col. Mustăcescu şi-a făcut o conduită dela care nu a abdicat nici o clipă. Pentru această convingere a împins posturile de ambulanţă cât mai aproape de linia frontului. La Prut, ambulanţa a funcţionat la Spitalul Murgeni şi apoi la Fălciu la o distanţă mai mică de şase km. de linia de foc. La frontul dela Cagarlâc şi Dalnic, la mai puţin de patru kl. Din cauza acestei apropieri ambulanţa a lucrat adesea sub focul bombardamentului de artilerie şi aviaţie. 2. Al doilea principiu ce ne-a călăuzit pe noi chirurgii ambulanţei a fost ca în faţa unei plăgi de război să facem tot ce este posibil ca să evităm pe deoparte complicaţiunile gangrenoase iar pe dealta să fim cât mai conservatori. Cumpănirea acestor două alternative constitue de fapt problema cea mai grea pentru chirurgi.

Ambulanţa a activat de obicei cu o secţie în funcţiune şi cu o alta pe roate, iar în aglomeraţiile mari ambele secţii s'au contopit şi au lucrat împre-

una. Localurile alese pentru adăpost au variat după împrejurări: La Murgeni am lucrat într'o aripă de spital iar în restul campaniei în şcoli, în conace sau colhozuri, în case particulare sau în corturi. Cu tot bombardamentul niciodată n'am coborât chirurgia ambulanţei în pivniţă.

Instrumentarul întrebuinţat afost cel din trusa reglementară a ambulanţei. Dintre toate însă cele mai întrebuinţate instrumente au fost foarfecele şi pensele de disecţie, adică atât cât trebuie pentru excizie şi debridare. Din când în când, destul de rar, apelăm şi la celelalte instrumente din trusă, pentru ligaturi şi amputaţii. In privinţa materialului sanitar putem afirma fără nici o rezervă, că nu am dus nici o lipsă. Spre uimirea generală în toate împrejurările, departe de Nistru şi în regiuni cu drumuri lungi şi grele, materialul sanitar ne-a sosit prompt şi din abudenţă.

Chirurgia dela Ambulanţă are doi duşmani care-i reduc din aspectul şi nivelul ei de curăţenie şi asepsie. Primul duşman este aglomeraţia, pe care nimeni nu o poate prevedea. Totdeauna se depăşesc socotelile. Am fost adesea înştinţaţi înaintea unor atacuri să fim gata pentru 200—300 de răniţi, şi am fost copleşiţi de un număr cu mult mai mare. Al doilea duşman este lipsa unei posibilităţi de spitalizare pentru cel puţin 2—3 zile. Toţi răniţii trebuesc operaţi şi evacuaţi cât mai repede către spitalele de campanie, căci niciodată nu ştim unde se opreşte şuvoiul de răniţi. Pentru aceste motive activitatea chirurgicală dela ambulanţă este stăpânită continuu de grabă. Nu lăsăm răniţii să se aglomereze, căci pe lângă că nu avem unde-i adăposti şi sunt ameninţaţi de bombardamentul aviaţiei, dar se măreşte şi intervalul de timp dela rănire. Chirurgii au făcut pentru aceasta eforturi mari. S'au constituit în echipe cari lucrau continuu zi şi noapte, schimbându-se între ele la câte şase ore. Am fost pătrunşi de spiritul internului de gardă care nu trebue să lase suferindul să aştepte nici o clipă mai mult. Aşa încât au fost perioade în care au fost trataţi la ambulanţă câte 800 de răniţi în 24 ore. Este maximum ce se poate realiza mai ales că zile grele de felul acesta se pot succeda câte 3—4 la rând.

Pentru cei ce nu au lucrat la ambulanţă în timp de război, este greu de imaginat aspectul ce-l poate avea o sală de operaţie la o ambulanţă divizionară. Pentru noi chirurgii crescuţi la şcoala spitalelor din Bucureşti a fost greu să ne acomodăm cu ţinuta unei asemenea săli de operaţie. Mai întâi, răniţii nu pot fi desbrăcaţi de hainele lor în afara sălii de operaţie, căci aceasta ar implica timp, o cameră în plus, posibilitatea unei băi oricât de sumare şi un costum gros de schimb cu care ar putea fi evacuat imediat după operaţie. Ori toate acestea nu sunt posibil de realizat la ambulanţă. Rănitul este adus pe targă direct la sala de operaţie cu hainele şi bocancii plini de pământ, de sânge, de fum, etc. Primul pansament a fost aplicat tăind vestmântul la nivelul rănei şi atâta tot. Desbrăcarea şi curăţirea în jurul rănei este o operaţiune dificilă, căci trebue să menajeze în acelaş timp şi durerea rănitului şi hainele lui. Pe masă şi în jurul mesei pe care sunt aşezaţi, se desprind pae, sdrenţe prăfuite şi primele pansamente însângerate şi murdare. După trecerea numai a câtorva răniţi, sala se murdăreşte oribil şi are un aspect departe de cadrul chirurgical. Aşternuturile albe ce le punem pe mese trebuiau schimbate continuu, încât am renunţat la ele. Chirurgul deasemenea nu poate îmbrăca costum steril pentru fiecare rănit şi nici mănuşile nu le poate schimba cum ar fi regula după fiecare plagă. Este o imposibilitate materială. Am întrebuinţat însă tot timpul mănuşi pe cari le-am spălat şi dezinfectat cu tampon de alcool după fiecare plagă. Instrumentele le dezinfectam fierbându-le la primus în carbonat de magneziu, iar compresele şi vata ni s'au dat sterilizate gata în pachete şi din când în când treceam casoleta cu totul prin autoclav.

Anestezia cea mai întrebuinţată a fost anestezia generală cu kelen sau cloroform. Trebue să mărturisim că am fost din ce în ce mai economicoşi în aplicarea anesteziei. Mai întâi ca aceşti soldaţi voinici traversau cu greu perioada de excitaţie şi câte 4—5 brancardieri abea îi menţineau nemişcaţi pe masă. Pentru fracturi mai ales ne trebuia o grijă specială, căci mişcările din timpul excitaţiei puteau agrava situaţia. Dar înafară de aceasta ne loveam de un alt inconvenient. Răniţii trebuiau evacuaţi imediat şi după anestezie nu puteau fi transportaţi decât culcaţi, deşi rana lor le-ar fi permis transportul şezând sau în picioare. Cum locurile de trasport în poziţie culcată erau cele mai reduse ca număr, ne găseam adesea nevoiţi să renunţăm la anestezie. Mărind viteza operaţiei şi poate forţând răbdarea rănitului, executam majoritatea exciziilor şi debridărilor mici, fără anestezie.

Plăgile au avut aspect diferit după natura proectilului ce le-a produs. 1). Cele produse de glonţ de puşcă sau mitralieră au avut aspectul obişnuit cu un orificiu mic de intrare, un orificiu larg de eşire şi un traect prin ţesuturi. Avioanele ruseşti aveau însă mitraliere cu gloanţe mari cu calibru de 10 mm. care produceau distrugeri tisulare mult mai largi. Am extras din plăgi şi numeroase gloanţe «dum-dum» care distrugeau ţesuturile după ce se angajau pe traect şi impregnau plaga cu fumigaţia exploziei. Proporţia plăgilor de glonţ este în statistica noastră de 36%. 2). Rănirile prin schije sunt cele mai numeroase proporţia lor merge până la 63%, iar aspectul lor diferă după cum sunt: a) schije de obuz de artilerie, b) schije de obuz de avion şi c) schije de brandt.

a) Schijele de obuz de artilerie au avut ca şi în războiul trecut aspectul clasic de proectil în şuviţe sdrenţuite ce au produs răni largi, cu sfâşieri de ţesturi, nedeosebite cu nimic de cele din războaiele anterioare. b) schijele de bombă de avion sunt cu mult mai mari, au forme parcelare, pătrate şi efectul lor este mult mai dezastruos. Sunt cele mai grave cele mai mutilante şi dau mortalitatea cea mai mare. c) Schijele de Brnadt, merită o menţiune specială. Au apărut prima dată în acest război şi au produs cele mai multe victime. Intre 40 şi 42% din răni au fost produse prin schije de Brandt. Iar la frontul de lângă Odesa proporţia a crescut până la 50%. Această armă s'a dovedit de mare valoare combativă şi armata rusă a fost înzestrată cu un număr enorm. Brandturile sunt un fel de tunuri mici, simple, portative, uşor de mânuit, iar proectilul cade vertical, se poate trimete la distanţe mici, nu face sgomot pe traectorie, vine prin surprindere. Explodează la suprafaţa pământului, şi la atingerea uşoară, fie chiar a unui fir de iarbă; explozia nu face groapă, nu face con, iar schijele se împroşcă orizontal, antrenând cu ele părticele şi particule de pământ. Rănile produse de Brandt nu au însă gravitate decât dacă au căzut aproape. După distanţa de 2 m., răniile nu mai sunt mortale. Cele mai multe răniri de Brandt s'au prezentat ca leziuni multiple cu împroşcări de schije mici de mărimea unor grăunţe de porumb. Acestea de multe ori abia străbat tegumentele şi se opresc în derm. Schijele de Brandt scot deci din luptă, dar în marea majoritate nu prezintă un pericol vital şi nici nu produc invaliditate. 3. Rănirile produse prin arme albe au fost foarte puţine, abia 10 la totalul de 10.000, deci cam unu la mie. Ruşi au evitat tot timpul atacul la baionetă.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

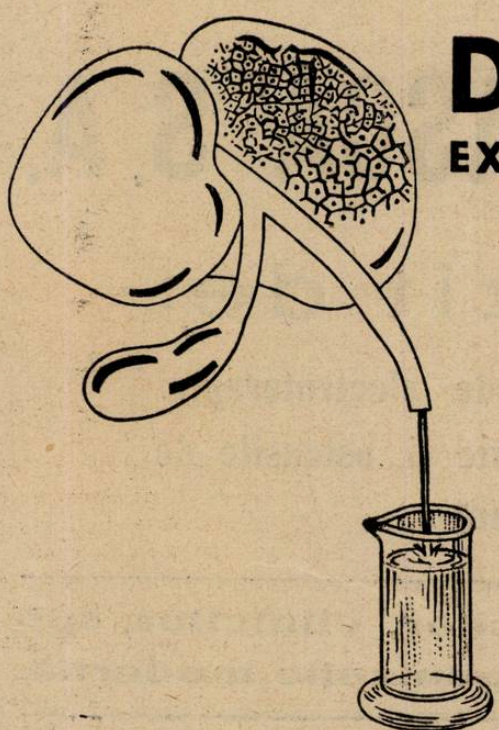
cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent: Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București



DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC

J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK

BUCUREȘTI 3, STR. G-RAL EREMIA GRIGORESCU, 6

„CARTEA ROMÂNEASCĂ" S. A.

Mare depozit de:

Instrumente chirurgicale, medicale şi de electroterapie. Mobilier medical. Depou dentar. Aparate şi ustensile de laborator. Reactivi, coloranţi.

Centru de aprovizionare al medicilor, clinicilor, spitalelor, dispensarelor din ţară. Organizaţie modernă.

BUCUREŞTI 1,
B-dul Regele Carol I, Nr. 3
Telefon 3.93.70

Revista noastră
„BULETINUL LABORATOARELOR"
se trimite în mod gratuit la cerere

Clasificând acum plăgile după regiune.

a) Plăgile craniene au fost în general foarte puține 3%. Aceasta se explică în parte prin protecția indiscutabilă a căștei metalice, iar pe de altă parte prin faptul că plăgile grave craniene nu mai ajungeau până la ambulanță. b) Plăgile faciale au fost destul de frecvente. Memoria ne reține 3 plăgi mari faciale cari ne-au impresionat pe toți. Masivul facial complet pulverizat printr'o schije de obuz, lăsa loc unei pierderi mari de substanță ca o vrăniță care se întindea până sub orbită. Acești răniți erau în dispnee, deoarece limba lipsită de sprijinul maxilarului inferior cădea înapoi cu glota și dădea accese de sufocare. Ceeace ne surprindea mai mult era faptul că aceste răni mai puteau fi totuș compatibile cu viața. c) Plăgile cervicale le-am considerat grave numai când s'au complicat de hematoame sufocante sau de perforația traheei. d) Plăgile toracice s'au caracterizat prin traecte lungi dealungul torucelui dat fiind poziția culcată a soldaților. Aceste plăgi nu prezentau gravitatea la care ne putem aștepta. e) Plăgile abdominale au fost în proporție de 5% cu caracterele clasice, dar cele cari ajungeau la ambulanță erau de obicei produse prin glonte, căci cele produse prin schije erau grave și răniții rămâneau pe câmp. f) Plăgile membrelor au abundat în actualul război. In prima parte a războiului au predominat rănile membrului superior iar în a doua parte cele ale membrului inferior.

Conduita terapeutică am fixat-o dela început cu conducătorii noștrii adoptând principiile clasice rezultate din experiența războaelor trecute. Neam ghidat după tratatele lui Delorme, Dufourmontel, după articolele lui Richet din Presse Medicale, după Chirurgia de Război de Gilorteanu și Probleme de chirurgie de război publicate de Academia Română. Timpii operatori au fost în linii mari următorii:

1. Excizia buzelor plăgii curățind mai întâi tegumentele sdrobite și lipsite de vitalitate. Apoi aceeași excizie și curățire la aponevroza subjacentă.

2. Debridare, adică lărgirea plăgei în direcția traectului, sau în sens paralel cu vasele. Se secționează la distanță și aponevroza căci deobicei aceasta formează elementul ocluziv. După debridarea aponevrozei apar capatele mușchilor secționați de proectil. Cu pensa de disecție se pot curăți în parte și aceste capete muschiulare. Spunem în parte, căci deobicei capetele mușchilor se retrag la distanță și cu greu pot fi aduse în lumina plăgei.

3. Drenajul a constituit o problemă destul de dificilă pe care am soluționat-o după un principiu unitar dar cu mijloace diferite. In prima etapă a războiului, la Spitalul din Murgeni, găsind un stoc de tuburi de cauciuc, am aplicat în toate plăgile în seton cu traect lung sau în cele transfisiante, drenaj cu un tub fenestrat lateral. Considerăm acesta procedeul ideal. In restul campaniei ne-au lipsit tuburile de cauciuc și facem remarca că cele furnizate de M. A. N. în tuburi de sticlă sterilizate în alcool sunt absolut improprii. Ambalajul fiind defectuos, cu ocazia transportului, toate tuburile de sticlă s'au spart, iar pereții tubului având o grosime prea mare de 5—6 mm. față de un lumen redus, nu puteau face orificiu de drenaj. Tubul de dren trebue să aibă calibrul apropiat de cel al glontului, adică mai mic de 7 mm. In celelalte etape ne mai având tuburi de dren am fost nevoiți să drenăm cu meșe, păstrând totdeauna grija ca meșa să fie mai subțire ca lumenul traectului. Meșa se aplică numai cu misiunea de a ține deschis traectul. De câte ori meșa a fost prea groasă sau debridarea insuficientă s'a produs ocluziunea orificiilor și retenție pe traectul plăgei. In aceste cazuri meșa a făcut mai mult rău.

In plăgile oarbe cu retenție de proectil, conduita noastră a variat. Când traectul proectilului se pierdea în masa muschiulară, nu insistam în căutarea lui ca să nu creem cu pensa căi false, lăsând să se facă aceasta sub controlul Röntgenului la formațiunile sanitare din napoia frontului. Când întâlneam ușor proectilul în calea pensei, îl extrăgeam și făceam contra incizie către punctul decliv. Când proectilul ajunge sub tegumente la punctul terminus al traectului apare pe piele o flictenă ca de arsură. Acestea ne ajutau mult în găsirea proectilului, iar în ceeace privește patogenia lor, pot fi considerate ca arsuri din cauza fierbințelei proectilului sau turburări trofice în genul celor din fracturile tip Goselin. In aceste cazuri nu am ezitat, am făcut contra incizie cu bisturiu și am extras proectilul.

Plăgile de schije cu delabrări largi pun cu totul altă problemă. Aici curățirea plăgei se face cu greutate, trebuesc secționate capetele mușchilor sdrobiți până dăm de țesuturi sănătoase. Aceasta este o operațiune migăloasă, care se complică adesea de secționarea unui vas mai important, și hemostaza nu se mai poate face prin torsiune ci trebue ligaturată de catgut. E nevoie ca degetele să ajungă în plagă așa ca să poată strânge nodurile și am considerat suficientă dezinfecția mănușei cu alcool. La aceste plăgi mari am aplicat apoi tamponament larg de comprese îmbibate cu soluțiuni diferite după cum am avut la îndemână: apă oxigenată, soluție Dakin, soluție de cloramină sau de neoform.

In plăgile craniului am făcut excizie și cum acestea sângerau abundent, dacă oasele craniului nu prezentau leziuni, făceam sutură cu setolină pentru a realiza și hemostaza.

In plăgile feței ne-am călăuzit de principiul lui Dufourmontel, care a recomandat o excizie cât mai economică și o sutură obligatorie în 2 straturi prea ocluzive și am lăsat totdeauna drenaj de setolină în comisurile declive ale plăgei.

In plăgile gâtului am făcut totdeauna numai excizie economicoasă și ne-am ferit de expsoture și drenaj.

In cele cu hematom asfixiant, am făcut o mică contra incizie în punctul decliv. In cazurile de perforare a traheei cu fenomene de asfixie, am făcut traheotomie.

In plăgile toracice fără pneumotorax, s'a făcut excizie simplă a orificiilor. In cele cu pneumotorax deschis, după curățirea plăgei, am aplicat tamponament ocluziv cu meșă îmbibată cu soluție antiseptică.

In plăgile membrelor complicate de fracturi, conduita noastră a variat după regiune.

a) Plăgile brațului cu fractura humerusului au fost foarte numeroase. Am făcut excizie minuțioasă a țesuturilor moi și esquilectomie, numai la fragmentele detașate și fără legătură cu periostul. Nu am aplicat drenaj la fracturi. Dealtfel, plăgile complicate de fracturi, au orificiul de ieșire lărgit mult prin fragmentele osoase antrenate de proectil, așa încât nu mai este nevoie de drenaj. Imobilizarea brațului a constituit pentru noi o problemă dificilă. Am voit să aplicăm aparate de extenzie cu poziția brațului în abducție și flexiunea cotului în unghi drept, căci ambulanța noastră avea în depozit de cele tip Prof. Dr. Hortolomei». Intradevăr, cu acestea brațul

se imobiliza bine, dar ne loveam de două mari inconveniente. Mai întâi, pentru a aplica aceste atele metalice, trebuia un capitonaj bogat de vată şi asemenea risipă nu ne era îngăduită. Dar chiar dacă treceam peste acest inconvenient, ne loveam de altul la transportul rănitului. Un asemenea rănit cu aparatul de extenzie aplicat, ocupă în maşină loc cât trei. In loc de 15 răniţi cât puteau merge într'o autosanitară, acum încăpeau abea 5. Şi în acest război unde transporturile constituiau o problemă aşa de grea nu ne era îngăduit asemenea lux. A trebuit deci să renunţăm la ele, şi să facem imobilizare cu atele.

b) In plăgile antebratului cu fractura oaselor am aplicat metode simple, excizie, curăţirea focarului de schije şi eschile, am imobilizat cu atele de lemn evitând drenajul.

c) In plăgile mâinii care au fost atât de numeroase în acest război, am fost cât se poate de conservatori. S'au făcut amputaţii numai în sdrobirile mari cu compromiterea circulaţiei. In rest am făcut excizie şi imobilizare pe atele palmare, capitonate cu vată, pentru a realiza poziţia de repaus a mâinii.

d) In plăgile coapsei, ceeace primează în tratament, este imobilizarea care trebue făcută chiar dela front, dela ridicarea rănitului şi începutul transportului. Cea mai bună s'a dovedit atela Tomas.— Lardenaois, cu singura condiţie să fie aplicată peste îmbrăcăminte, iar tracţiunea să se facă peste bocanc sau jambiere. Altfel, se consumă vată multă pentru capitonarea cercului superior, iar tracţiunea de jos aplicată direct pe piele, ameninţă prin strangularea gravă şi turburări circulatorii. Procedeul nostru era următorul: secţionam pantalonul circular la nivelul plăgei, şi-l resfrângeam în sus către regiunea pubiană, pentru ca în felul acesta să servească de capitonaj. Ne ocupam apoi de rană şi în al treilea timp aplicam tracţiunea pe bocanc, consolidând în cele din urmă întreg membru pe atelă.

e) In plăgile gambei complicate cu fractura oaselor, am aplicat în perioada de acalmie, aparate gipsate, care sunt ideale. Am ajuns la concluzia că aparatul circular este singurul care rezistă, având în vedere ferestrele ce trebuec făcute. Cum eram nevoiţi uneori să expediem bolnavul cu gipsul încă umed, desenam pe gips nivelul plăgei şi scriam diagnosticul şi ora când s'a aplicat aparatul gipsat. In aglomeraţiile mari însă am întrebuinţat un sistem simplu din materialul ce-l aveam la îndemână. Două atele mari laterale, rulate concentric, dela capetele unei foi de cort îndoite. In felul acesta se realizează o gutieră ca un hamac de pânză cu două margini laterale rigide, şi se imobilizează în acelaş timp genunchiul, ceeace nu se putea face cu gutierele mici de sârmă.

c) In plăgile plantei piciorului, am căutat să aplicăm totdeauna după excizie şi debridare largă un drenaj în punctul decliv şi o imobilizare cu gutieră de sârmă.

O problemă dureroasă a constituit-o pentru noi plăgile abdominale penetrante. Condiţiunile în care lucram erau departe de a ne îngădui să deschidem un abdomen. Aşa că toţi răniţii aceştia erau evacuaţi îndărăt către spitalele de campanie. Procedând astfel se întârzia, numărul de ore se mărea, spitalele fiind şi ele aglomerate, iar despre soarta răniţilor aceştia aflam ulterior: se perdeau în mare majoritate. Aceasta a determinat pe şeful nostru, Lt. Col. V. Mustăcescu, să treacă peste toate regulamentele militare şi să înfiinţeze lângă ambulanţă o sală de operaţie pentru abdominali. Ne-a procurat instrumentele necesare şi am început să operăm. Iniţiativa aceasta fiind luată în ultimul moment, activitatea se mărgineşte la un număr restrâns de abdominali, dar rezultatele sunt concludente. S'au operat 36 dintre care s'au salvat 22. Un număr destul de important care merită să generalizeze iniţiativa.

Aruncând acum o privire peste activitatea aşa de vastă a ambulanţei Diviziei de Gardă care cumulează un număr aşa de mare de răniţi, putem îndrăzni pe baza acestei enorme experienţe, să dăm câteva sugestii celor ce vor reorganiza serviciul sanitar divizionar. Motorizarea ambulanţei trebue să se realizeze cât mai urgent. Trebuesc amplificate la maximum mijloacelor de transport, şi pentru răniţii din prima linie tanchetele şi motocicletele cu ataş brancard vor salva mulţi din răniţii ce au nevoie de intervenţie urgentă. Deasemenea autosanitarele trebuesc dublate ca număr, iar materialul sanitar să fie transportat de aici înainte tot cu mijloace motorizate. Trebue renunţat definitiv la căruţele cu coviltir menite să urmeze ambulanţa; nu se pot ţine în pas cu nevoile de deplasare, şi sunt cu totul anacronice. Ca să nu pierdem atâţia abdominali, este nevoie să funcţioneze lângă ambulanţă, o secţie pregătită pentru intervenţii abdominale. Credem deasemenea că este foarte bine venit în zestrea ambulanţei şi un aparat Röentgen, tip mic portativ.

Iar în ceeace priveşte personalul medical vom susţine cu tărie că la ambulanţă nu trebuesc repartizaţi decât chirurgi tineri. Internul de spital este elementul ideal pentru ambulanţă. Nu e nevoie de o pregătire specială pentru chirurgia ce se face aici. La ambulanţa noastră chiar medicii internişti, care au vrut să lucreze chirurgie de război, au ajuns să fie foarte utili în această specialitate. Chirurgia de război ce se face la ambulanţă este simplă, se repetă, devine standard şi nu cere chirurgi de mare anvergură. In cazurile când se ataşează ambulanţei şi o secţie pentru intervenţii abdominale, situaţia se schimbă căci atunci desigur este nevoie de un chirurg format. Insistăm însă asupra faptului că ambulanţa are de înfruntat foarte multe dificultăţi şi pentru învingerea lor trebue elan şi entuziasm, ori acestea nu merg decât cu tinereţea. Când elanul tinerilor chirurgi găseşte energie şi înţelegere în conducător, cum a fost cazul nostru, se realizează maximum de folos pentru răniţi.

Am terminat însă această activitate în ambulanţă cu o lacună ce se resimte de altfel în toate formaţiunile sanitare dinnapoia frontului: nu putem controla evoluţia răniţilor trataţi de noi. Totuşi în prima perioadă am putut urmări la spitalul din Bârlad 160 de răniţi trataţi de noi la ambulanţă pe când eram la Murgeni. Felul cum au voluat aceşti răniţi ne-a mărit convingrea şi ne-a fixat conduita terapeutică ulterioară.

Perlatan-Calcium

în turburările menopauzei

Compoziție: 100 U. I. Perlatan — 0,25 g
Lactat de calciu — 0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1—2 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Consideraţiuni asupra unui caz de intoxicaţie cu stricnină

Dr. D. DUMITRESCU
Medic Secundar
şi
Dr. GH. AL. DOBRESCU
Intern

Stricnina utilizată în clinică pentru efectele ei terapeutice, uneori poate da naştere la intoxicaţie prin depăşirea dozelor normale, fie din greşeală prin confundare cu alte medicamente, iar alte ori se produce intoxicaţie cu stricnină în mod voluntar.

Un caz de acest fel a fost internat în serviciul medical, din Spitalul Colţea. Deoarece în clinică, intoxicaţiile cu stricnină se văd rar, am socotit că este util să-i redăm mai pe larg observaţia:

Pacientul e un agent sanitar veterinar care din cauza unei depresiuni psihice, a ingerat trei pilule cu stricnină ce le utiliza la suprimarea câinilor vagabonzi.

B. C. O. de 28 ani, refugiat din Basarabia, este adus la camera de gardă a Spit. Colţea în ziua de 26 Noembrie 1940, ora 2 pentru contracţiuni tonice generalizate, cu exacerbări paroxistice, vărsături în timpul spasmelor, pierderea cunoştinţei şi sudori reci. In aceiaş zi sus numitul pacient, ingerase trei pilule cu stricnină, care din informaţiunile luate conţineau cam 0,15 gr. — 0,20 gr. stricnină pe pilulă. Pela ora 24 şi jumătate mergând pe stradă B. a avut o senzaţie puternică de arsură în epigastru, şi-a pierdut cunoştinţa şi a căzut jos. Nu ştie cât timp a stat jos. S'a sculat, apoi a mai făcut câtiva paşi şi din nou a simţit că îşi pierde cunoştinţa. Inainte de a cădea a simţit contracţii ale buzelor, maseterilor, ale cefei cuprinzând apoi membrele superioare inferioare şi abdomenul. Aceste contracţiuni veniau sub formă de spasme la început scurte apoi prelungite. Accesele se însoţeau de pierderea cunoştinţei. Recăpătarea cunoştinţei ne spune bolnavul se producea la încetarea crizelor. In timpul acesta bolnavul a avut vărsături alimentare şi gleroase uşor sanghinolente. Dela camera de gardă, pacientul este internat în Serviciul Medical unde noi îl vedem a doua zi 26 Noembrie dimineaţa.

Pacientul e slab, facies slab, buzele ceanotice. Pupilele midriatice dantura incomplectă — incisivii superiori. Bolnavul e culcat pe spate într'o poziţie rigidă. Vrând să-l examinăm la atingerea corpului intră într'un spasm generalizat şi ţipă de durere. Privind bolnavul vedem cum muşchii feţii sunt contractaţi, maseterii apărând ca nişte coarde; are trismus, gâtul ţeapăn. Degluţiţia jenată. Respiraţia dificilă şi superficială. Membrele superioare şi inferioare în semiflexiune; antebraţul pe braţ şi gambele pe coapse, acestea în uşoară abducţie. Pumnii strânşi şi picioarele ţeapăne, peretele abdominat excavat, drepţii abdominalli net reliefaţi. Mişcările, atât active cât şi pasive imposibile din cauza spasmelor dureroase ce se produc la atingerea tegumentelor. Aceste spasme se produc şi cu ocazia sgomotelor produse prin ciocănitul patului, şi durează dela câteva secunde la 1-2 minute. In intervalul dintre spasme contractura perzistă atenuată însă; pulsul e rapid, bolnavul are sete, este obosit şi inteligenţa este nealterată.

Cordul tahicardic 120 bătăi pe minut, tensiunea arterială maximă Mx. 13 — Mn. 8 — Vaquez. Ficatul şi splina în limite normale. Pupilele în midriază, reacţionau la lumină şi distanţă. Reflexele osteo-tendinoase foarte vii. Reflexele cutanate slabe. Semnul Babinski pozitiv bilateral. Excitabilitatea neuro-musculară la curenţi electrici nu s'a putut cerceta. Urina; 1000 ccm. în 24 ore, prezenta un nor fin de albumină; nu conţine glucoză. Urea în sânge 0,50%°; reacţia Bordet-Wasserman în sânge negativă, temperatură 38 grade, iar greutatea 62 kgr.

In antecedentele heredo-colaterale nu găsim nimic important, iar ca antecedente personale, B. ne spune că a suferit de scarlatină şi difterie la vârsta de 7 ani, iar la 21 ani, a avut blenoragie şi congestie pulmonară.

Evoluţia boalei la 26.XI., ora 12½, i s'a făcut prima injecţie cu Luminal Sodic 2% — 5 ccm. intra-muscular. La ora 15 se constată o atenuare a contracturilor; la ora 19 i se repetă aceiaş injecţie, de 5 ccm. după care bolnavul se linişteşte şi adoarme. La 27.XI.: contacţiunile diminuate; la gamba stângă şi maseteri, persistă aceiaş contractură. Degluţiţia e dificilă şi bolnavul nu poate părăsi patul. La 28 XI. contracturile încă persistă şi mai ales în muşchii cefii, iar mersul nu e posibil. La 29 XI. contracturile persistă şi bolnavul acuză dureri în lombe. La 30 XI. contracturile persistă mai ales în membrul inferior stâng; temperatura 37,5, iar pulsul 85 pe minut.

Timp de încă 7 zile, bolnavul are contracturi cari vin sub formă de crize în mod neregulat în deosebi în membrele inferioare. Mersul nu este posibil decât după 12 zile. La plecare în ziuade 9 XII 1940, se constată că contracturile au cedat complect; toate reflexele osteo-tendinoase erau vii, şi nici un fenomen supărător.

In timpul spitalizării de 14 zile, s'a administrat pacientului Luminal sodic şi hidrat de cloral, cu rezultate foarte bune, în prmele 9 zile, s'a dat bolnavului în injecţii din soluţia de Luminal sodic de 2% câte 10 ccm. zilnic în două injecţii subcutanate, plus 4 gr. Cloral hidrat în clismă pe zi. In restul zilelor — 5 — fenomenele atenuându-se foarte mult s'a dat Luminal per os 0,05 gr. de două ori pe zi.

După cele de mai sus se poate vedea că am avut de afăcut cu un foarte net tetanos stricninic, la un om adult, care ingerase o cantitate destul de mare de stricnină — 0,40 — 0,60 gr. din care totuşi e posibil să fi vomitat o bună parte din toxic, şi care a fost salvat prin administrare de luminal.

In faţa acestui caz ne-am pus câteva probleme în legătură cu toxicitatea şi dozele toxice ale stricninei, modului de acţiune şi diagnosticul cazului. Din cercetările noastre asupra stricninei, am găsit că ea e mai toxică când este administrată per os, ingestia grăsimilor favorizând absorbţia toxicului (Rossbach).

Stricnina per os este mortală la om în doză de 0, mgr. 3 până la 0 mgr. 4 pe kgr. greutate.

Pe cale subcutanată doza mortală se ridică la 0 mgr. 6 pe Kgr. corp. — Falk.

Se mai constată o variaţie a dozelor toxice la compuşi stricninei. Astfel azotatul de stricnină, e toxic pentru om chiar în doză globală, de 0 gr. 005 mgr., până la 0 gr. 01 şi 0 gr. 03. Glard citează un caz a unui copil care a murit luând câteva linguriţe dintr'un sirop ce conţinea 0 gr. 05% stricnină. Doctorul Warner a murit în 20 minute, cu 0 gr. 032 stricnină luată din greşeală. Taylor a avut o ocazie să vadă în două cazuri că doza de 0 gr. 60 ctgr. nu a fost mortală. — Lewin.

Din punct de vedere terapeutic Hartenberg, Martinet, Joanin, au insistat asupra utilităţii terapeutice a dozelor ridicate de stricnină ce au preconizat, însă prin administrarea progresiv crescândă a stricninei. Doza ridicată mijlocie care se poate atinge progresiv, este de un centrigram de stricnină de odată. Această doză s'a repetat dimineaţa şi seara, graţie eliminării sale rapide. Acest mod de administrat ar fi singurul care ar da rezultate în astenia nervoasă. Se mai citează cazuri de stricnino-terapie masivă în intoxicaţiile cu barbiturice, când s'a injectat un gram şi 87 stricnină în interval de 66 ore, în injecţii intra-venoase de câte 0 gr. 05 şi chiar 0 gr. 13 ctgr.

Stricnina se absoarbe în organism prin toate mucoasele, fără a se descompune; ea se elimină prin urină în 48 ore; se elimină prin salivă, lapte şi se găseşte în ficat, plămâni, rinichi şi mai ales măduva spinării.

In ceiace priveşte modul de acţiune se ştie că stricnina excită toate sensi-

bilităţile prin intermediul sistemului nervos, fiind un neurotonic din grupul spinal. Ea influenţează centrul bulbar şi mai ales substanţa cenuşie. Acţiunea sa principală se exercită asupra măduvii spinării. Z Rabinteau.

Stricnina excită marele simpatic, având acţiune simpaticotropă asupra muşchilor netezi şi convulsivantă asupra muşchilor striaţi. Asupra sistemului muşchiular stricnina acţionează modificând proprietăţile fibrei muşchiulare, acidificând-o prin lactacidogenul ce se produce în urma transformării glicogenului din muşchi. La animalele cu sânge rece stricnina acţionează activând sistola şi făcând diastola mai prelungită. — Lewin.

Presiunea arterială creşte, datorită excitaţiei bulbului prin acidul carbonic crescut mult în sânge din cauza contracţiilor musculare. Respiraţia se face greu la intoxicaţi prin contracţiile muşchilor toraci şi chiar a diafragmului, precum şi din cauza aciditătii sanghine crescute. In cantitate moderată stricnina măreşte salivaţia şi mişcările peristaltice ale intestinului.

Moartea în intoxicaţia cu stricnină se produce prin epuizare musculară — Verworn — sau prin asfixie — Rapmund. — sau prin oprirea cordului prin excitaţia nervilor vagi pe cale reflexă.

Leziunile organice produse de stricnină nu au nimic caracteristic. Stricnina rezistă la putrefacţie, fapt important din punct de vedere medico-legal căci s'a găsit în cadavre la 3-4 ani dela deces.

Intoxicaţia cu stricnină producând tetanosul stricninic, se naşte întrebarea în faţa unui atare caz, prin ce se face diagnosticul diferenţial cu un tetanos adevărat. Intr'adevăr ambele toxine au acţiune asupra aceleaş părţi din sistemul nervos (Baglioni, Courmont, Doyen) — şi deaceea, au simptome comune. Vom ţine seama însă că în tetanos trismusul e precoce şi pupilele normale. Pacientul vede verde, poate avea chiar delir, pierderea cunoştinţei frecvente în intoxicaţia cu stricnină. In tetanie pe lângă o hiperreflectivitate tendinoasă şi osoasă, se constată o hiperexcitabilitate mecanică a nervilor. Trousseau, Chwosteck-Weiss. In tetanie temperatura e normală şi găsim hipocalcemie. Epilepticul îşi pierde cunoştinţa este cuprins de convulsii tonice succedate de convulsii tonice, pierde urină muşcă limba etc. In histerie contracturile sunt mai puţin sistematizate şi dispar prin sugestie.

Din punct de vedere terapeutic în intoxicaţia cu stricnină pe lângă măsurile de repaus, liniştea absolută în jurul pacientului, se administrează vomitive, substanţe cari formează compuşi insolubili — cafea tanin, permanganat de potasiu 1/200.

Stricnizatului se mai administrează medicamente moderatoare: calciu, bromuri, ether, cloroform şi cloral. Noi am obţinut rezultate foarte bune cu luminal sodic în injecţii şi peros asociat cu cloral în clisme. La nevoie se poate recurge şi la respiraţie artificială.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medici morţi pentru Patrie

Urmând rândurile armatelor ce luptă, următorii medici au căzut la datorie şi merită omagiul şi recunoştinţa noastră:

Dr. Petrovici C. Teodor, medic căpitan.

Dr. Constantinescu Tem, medic căpitan.

Dr. Vranca Aurel, medic sublocotenent.

Dr. Popescu Ion, medic căpitan.

Şedinţa Comisiei pentru prevenirea şi combaterea epidemiilor

La ministerul sănătăţii, sub preşedinţia d-lui prof. dr. Petre Tomescu ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, a fost şedinţa comisiunii centrale pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase.

D. secretar general dr. I. Stoichiţia a prezentat statistica bolilor contagioase pe ultimele decade din care reese, comparativ cu perioadele din anii precedenţi, că situaţia nu este mai gravă. Persistă însă pericolul tifosului exantematic şi mai stărue unele focare izolate de febră tifoidă.

Pentru prevenirea şi combaterea epidemiilor s'au realizat între timp o serie de măsuri.

In afară de măsurile luate s'a stabilit :

Continuarea vaccinării antiexantematice ; vaccinarea întregii populaţii din focarele cu febră tifoidă; să se asigure aşa cum s'a hotărât de minister, construirea unui număr cât mai mare de fântâni igienice în mediul rural şi pentru care ministerul sănătăţii contribue cu câte 100.000 lei de fiecare judeţ; a se executa pe întreg cuprinsul ţării începând din luna Noembrie, în interval de o săptămână pe fiecare lună, în date ce se vor stabili la timp, măsuri de curăţenie corporală şi a gospodăriei; să se generalizeze tabela de evidenţa demografică (naşteri decese, morbulitatea infantilă) propusă de minister, tabelă care trebue să se găsească la fiecare primărie.

Comisiunea a adoptat cu mici modificări proectul regulamentului pentru funcţionarea laboratoriilor întocmit de minister şi prin care se asigură laboratorilor posibilităţi largi de a fi utilizate în domeniul epidemiologic şi al salubrităţii.

S'a discutat în fine proectul de regulament relativ la recrutarea medicilor secundari de laborator stabilindu-se probele concursului de recrutare precum şi durata stagiilor în diferitele specialităţi de laborator în scopul de a se asigura elemente cât mai bine pregătite în acest domeniu al medicinei.

In ajutorul diabeticilor

S'au pus la dispoziţia Centrului pentru asistenţa diabeticilor (Spitalul Colţea), cartele suplimentare (3 cartele de untdelemn şi 4 cartele de carne pe lună de fiecare diabetic din raza municipiului Bucureşti). Sus numitul Centru fiind direct responsabil, cartelele nu vor fi împărţite decât nominal, după examen şi verificare la domiciliu a pacientului, sau dacă se prezintă cu o recomandare a medicului curant în care să specifice numele, pronumele vârsta, adresa exactă, data aproximativă a apariţiei ditabetului şi dacă întrebuinţează insulină.

Inscrierile pentru cartele se vor face Luni, Miercuri şi Vineri dela 11 la 12 la Spital. Colţea Serv. de Consultaţii medicale.

Premiul „Profesor Dr. Gr. Romniceanu"

Facultatea de medicină din Bucureşti, publică concurs pentru cea mai bună lucrare ce se va prezenta pentru premiul *«Profesor Dr. Gr. Romniceanu»*, asupra subiectului: «Tratamentul fracturilor prin aparate» — la care în conformitate cu condiţiunile stabilite prin actul de instituire al legatului, vor putea concura: orice student român din ultimul an de studii, absolvenţii, precum şi medicii români.

Lucrarea se va depune la Secretariatul Facultăţii până la 30 Aprilie 1942, în manuscris, în limba română sau franceză şi trebue să fie originală şi bazată pe cercetări personale.

Ea nu va fi semnată de autor ci, va purta o deviză sau o citaţiune în fruntea manuscrisului (motto). Numele autorului va fi închis într'un plic pecetluit, care se depune la Secretariatul Facultăţii odată cu lucrarea, având scris deasupra deviza sau citaţiunea după text (motto).

Valoarea premiului este de 44.000 lei.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

'n maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice.
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

EMINESCU, INSTITUTUL DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

PREPARATE NOUI

PROFECUNDIN

VITAMINA E

Vitamina reproducției

Tablete și soluție

1 tabletă sau 1 cc. soluție = 0,01 gr. Vitamina E.

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil — oxi $\overset{\text{alfa, beta}}{\alpha\ \beta}$ — dietil — Stilben

acțiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități internaționale hormon folicular cristalizat.

MANDELAT
«ASTA»
pentru terapia specifică la
Coli-infecțiuni
ale căilor urinare
Magnesium-Mandelat „Asta"
(granulat solubil în intestinul subțire)
Amonium-Mandelat „Asta"
(lichid)
*
Absolut netoxic!
Foarte economic
(tratament de scurtă durată)
ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Anul XIX No. 22 — 15 Lei Exemplarul — 15 Noembrie 1941

BIBLIOTECA CENTRALĂ

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Le
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază Str. Olari 15, Bucureşti, IV Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. AL. COSĂCESCU: *Câteva date statistice asupra gangrenei gazoase* 293

Dr. I. PAVEL şi Dr. P. SORESCU: *O „epidemie" de carotinemie* . . . 294

Dr. I. GAVRILĂ: *Flebitele în febra tifoidă* 296

Dr. D. TURNESCU, Dr. I. TH. SABAILA şi Dr. G. BOGDAN: *Terapeutica sulfamidată în plăgile de război.* 297

Pagina

Dr. G. S. CONSTANTINESCU şi M. MINCULESCU: *Tratamentul meningitelor cerebrospinale cu sulfapiridină* 299

Dr. E. ELIESCU: *Contribuţiuni la tratamentul scarlatinei prin coloranţi azoici* 303

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medici morţi pentru Patrie; Conferinţa dela Ministerul Sănătăţei cu inspectorii generali sanitari; Şedinţa comitetului colegiului medicilor 304

Pagina

BIBLIOGRAFII

Les explorations fonctionnelles par *Noël Fiessinger* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

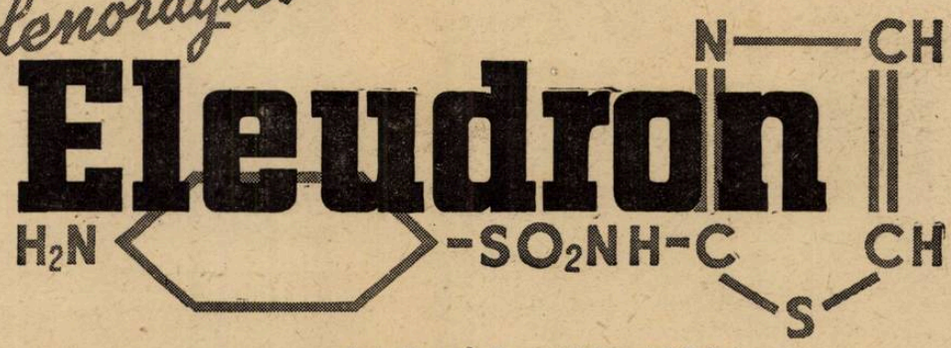
La hernie postérieure du menisque intervertébral (Hernie nucléaire postérieure), et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les hepatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri. 60 fr

Psyhchiatrie d'urgence, par *A. Filassier.* Edition Librairie Maloine.

Pentru tratamentul rapid al blenoragiei

Eleudron



p-Aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol")

BAYER
»Bayer«
LEVERKUSEN

foarte eficace în orice stadiu al blenoragiei. Procente foarte ridicate de vindecări după o întrebuinţare numai de 2 zile a unei doze globale de 10 gr., tratamentul devenind astfel foarte economic. Toleranţă perfectă!

Tub cu 20 tablete de 0,5 gr.

Reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53

Inaltă precizie terapeutică, chiar și la acele maladii la care o exactă stabilire a etiologiei și a felului maladiei nu este posibilă decât după o observație mai îndelungată.

Combizym

PREPARAT DE ENZYME DIGESTIVE MULTIVALENTE

TURBURĂRI DISPEPTICE de cele mai diverse origine

DISPEPSIE DE PUTREFACȚIE, indicanurie.

TURBURĂRI ALE DIGESTIEI GRĂSIMILOR la insuficiență biliară, icter, etc...

DISPEPSIE DE FERMENTAȚIE cu consecințele ei:
(Meteorism, indispoziții cardiace, turburări ale somnului.
Enterite de origine neclară.
Turburări de digestie la CURĂ DE REGIM.

SLĂBIREA PANCREASULUI

Insuficiențe digestive generale și post-operative.
Turburări pancreatice la îmbolnăviri biliare persistente.

ÎMBOLNĂVIRI ALE PIELEI

ca urmare a turburării proceselor digestive

ÎN RECONVALESCENȚĂ

la LIPSĂ DE POFTĂ DE MÂNCARE precum și la CURA DE ÎNGRĂȘARE pentru folosirea optimă a nutriției.

AMBALAJ ORIGINAL CU 30 DRAGEE

„Combizym este de o deosebită valoare ca terapeutic cauzal precum și ca terapeutic de substituire, este un progres evident și o achiziție nouă în tratamentul turburărilor tubului digestiv".

Dr. M. EUTENEUER, „Münchener Medizinische Wochenschrift" 1939, No. 21

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8—BUCUREȘTI, I

Noul tonic biologic

AKTIVANAD

cu

Haematoporfirină, Hepatrat, glycocol, baze purinice, substanțe amare vegetale și vitaminele B și complexul C. (Fructamină).

stimulează:

ENERGIA

PUTEREA

VITALITATEA

NORDMARK

NORMARK WERKE HAMBURG

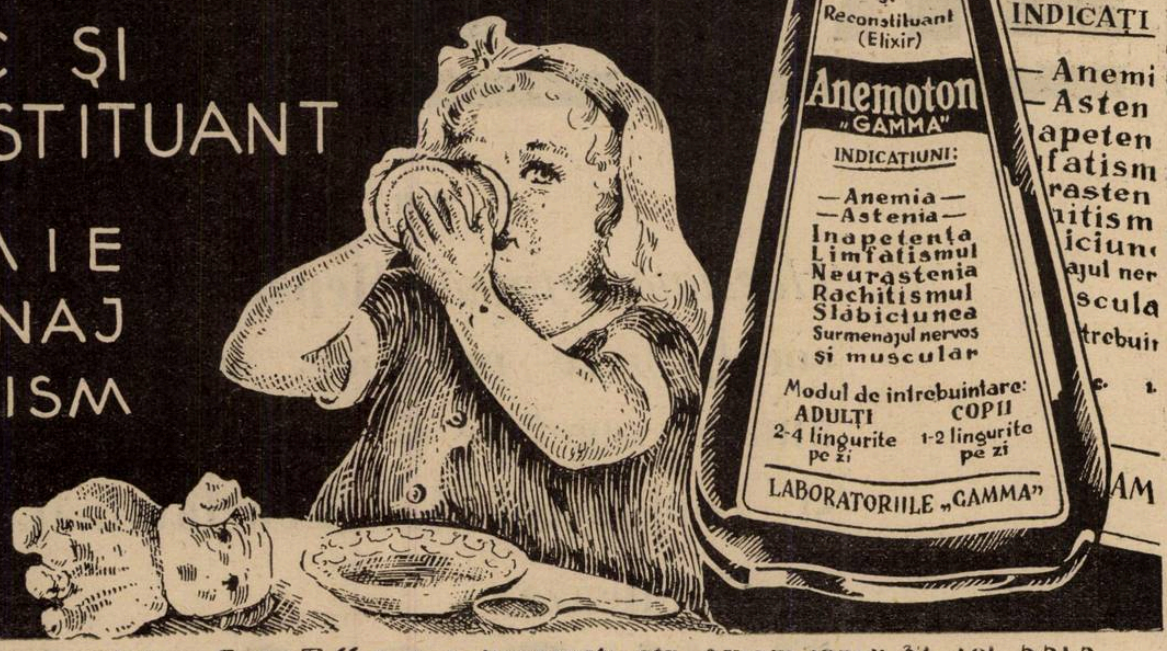
Pentru România: Dr. ALEX. RADU, Str. Sofia 30, București 3

Anemoton „GAMMA"

TONIC ŞI RECONSTITUANT

•

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.5

In receptura zilnică contra insomniei
se prescrie

Phanodorm

Somniferul universal

După somn reconfortant redeşteptare
cu senzaţie de vioiciune

Ambalaje originale: Tub cu 10 tablete de 0,2 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«ROMIGEFA» S. A. R.
BUCUREŞTI I, Str. Brezoianu 53

«CHIMIROMAN»
Bucureşti I, Str. Th. Masarik 32

Anul XIX No. 22 15 Lei Exemplarul 15 Noembrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

CATEVA DATE STATISTICE ASUPRA GANGRENEI GASOASE

de Prof. Dr. AL. COSĂCESCU

La un total de 1997 răniţi trataţi în Serviciul nostru de la 22 Iunie 1941 până la 10 Octombrie 1941, am avut de îngrijit un număr *de 10 gangrene gazoase.*

Nu am avut *nici un caz de gangrenă gazoasă ivit la răniţii îngrijiţi la noi.* Am observat la un singur rănit, la două zile după o gangrenă simplă, prin ischemie consecutivă unei ligaturi de poplitee pentru hemoragii repetate, un focar incipient de infecţie anaerobă, mic ca un ou de bibilică — profund situat în massa musculară, superioară a gambei. Constatarea am făcut-o nu clinic ci pe piesa de amputaţie pe care o indicase gangrena ischemică.

Toate cele 10 cazuri de infecţie gravă anaerobă *le-am primit în Serviciu în plină gangrenă şi au fost operate imediat după întrare în serviciu.*

Raportat la numărul total al răniţilor, *procentul ar fi de 0,5%* şi el ni se pare mai mic de cel pe care l-am putut observa în războiul trecut într'o ambulanţă divizionară şi un spital de campanie, deşi numărul de răniţi prin schijă, — a căror rea reputaţie este cunoscută — a fost proporţional mai mare în războiul actual.

Credem că gangrena gazoasă a fost mai rară datorită :

a) *Experienţei războiului trecut* şi a unei mai bune cunoaşteri a *regulelor primordiale ale chirurgiei de război* : Evitarea suturilor, curăţirea îngrijită şi excizia largă a plăgilor sau debridarea lor largă, drenajul larg ;

b) Unei mai bune organizări a ajutorului prim şi a ajutorului la posturile chirurgicale înaintate ;

c) Aplicaţiei mai largi şi imediate a seroterapiei preventive anti-gangrenoase.

1. După felul proectilului, reţinem că *6 gangrene* au fost provocate de *plăgi prin schije* de toate felurile şi *4 le-am observat* la plăgi *prin gloanţe.* Ar rezulta că, chiar *plăgile prin glonte cu aparenţă şi reputaţie benignă nu pun la adăpost de infecţie gravă anaerobă* şi ne putem explica uşor faptul dacă controlăm gloanţele : cea mai mare parte din cele extrase din plăgi sau controlate radiografic, se arată deformate, rupte, cu cămaşa exterioară plesnită, înflorită, deci cu forme foarte aproape de cel al schijelor neregulate.

2. *Plăgile masselor musculare mari :* gambă, coapsă, fessa, au dat exclusiv posibilitatea infecţiei anaerobe grave; din cele 10 cazuri :

4 gangrene gazoase le-am văzut după plăgi musculare ale gambei ;

4 gangrene după plăgi musculare ale coapsei ;

2 gangrene după plăgi musculare ale fessei.

Aceste plăgi erau însoţite unele de *fracturi cominutive,* altele nu interesau osul ci *exclusiv muşchii.*

Notăm asemenea, ca fapt important pentru o deducţie practică, că *orificiile de intrare şi de eşire ale proectilului nu erau totdeauna mari sau neregulate şi nu lăsau să se intrevadă* plaga gravă reală ; des aceste orificii de intrare şi eşire aveau aparenţa simplă de perforaţii tegumentare neînsemnate şi au *putut să înşele pe medici asupra gravităţii reale a lesiunilor,* devitalizărei şi a fractuozităţilor ascunse dedesubt.

Pentru a învedera faptul adăugăm că *numai 4 din cele 10 plăgi fuseseră debridate şi drenate, deci socotite ca grave.*

In nici una din aceste plăgi complicate mai târziu de infecţie gravă *nu se făcuse o excizie musculară.*

La una, o operaţie simplă de *extragere de corp strein* superficial nu a *fost suficientă să evite o gangrenă* gazoasă care s'a desvoltat repede după îndepărtarea simplă a schijei, neînsoţite de altă toaletă locală.

Debridarea simplă a plăgii şi imobilizarea ghipsată imediat nu a împiedicat apariţia unei gangrene gazoase, într'un alt caz care arăta inconvenientele metodei spaniole de tratament.

3. In raport cu *timpul când a fost aplicat primul pansament şi primele îngrijiri* am putea deduce că cea mai mare parte din cazuri au avut *pansamente imedite şi îngrijire în ambulanţe* în primele ore după rănire. Din 8 cazuri la care cunoaştem mai cert data acestui pansament, numai unul fusese pansat târziu — după 12 ore deba rănire.

4. 5 din cei 10 bolnavi nu avuseseră nici o altă operaţie, afară de pansamente.

5. *Incubaţia* complicaţiei anaerobe declarate şi evoluate variază *între 40 ore* (un caz) *şi 7 zile* (alt caz) ; (2 zile = 1 caz) (3 zile = 1 caz) 4 zile = 2 cazuri), (5 zile = 2 cazurii) (necunoscute exact = 2 cazuri).

La bolnavul cu cea mai lungă incubaţie de 7 zile, fenomenele de infecţie anaerobă *au apărut după scoaterea unui corp strein.*

6. In raport cu *perioadele campaniei* şi poate cu modalitatea evacuărilor notăm că :

In prima perioadă, când Spitalul nostru îngrijea răniţi evacuaţi direct depe front, făcând oficiul de prim post chirurgical, nu am avut nici un caz de gangrenă gazoasă.

In prima jumătate a lunei Iulie, am primit primul caz evacuat dela front, în comă.

Nimic între 15—30 Iulie.
Intre 1—13 August — un caz.
Intre 15—31 August — un caz.
Intre 1—15 Septembrie — 1 caz.
Intre 15—30 Septembrie — 3 cazuri.
Intre 1—10 Octombrie — 3 cazuri.

Nu avem în deajuns datele necesare pentru a putea judeca riguros dacă *această frecvenţă mai mare în ultima lună* a gangrenei gascuse între bolnavii evacuaţi la noi, a fost datorită unei creşteri reale a morbidităţii, situaţiunii mai dificile în care se găseau spitalele frontului supraîncărcat, unor reale dificultăţi de evacuare rapidă, sau unei simple coincidenţe. *Bănuim numai că creşterea procentului în afară de jocul coincidenţei, ar fi datorit supraîncărcării Spitalelor dela front, şi dificultăţilor de evacuare din ultima lună.*

7) Gravitatea complicaţiei. Deşi toţi aceşti bolnavi au fost amputaţi imediat (cei cu plăgi la membre) sau operaţi prin debridări şi excizii largi (cei răniţi la fese) trataţi cu cantităţi mari de ser anti-gangrenos şi cu toate mijloacele clasice, *mortalitatea a fost enormă, de 80%.* Am putut scăpa numai 2 din aceşti bolnavi prin amputaţie de coapsă sus, (odată pentru gangrena întinsă până la genunchi altă dată pentru o gangrenă începută care interesa vizibil numai parţial circumferinţa treimei inferioare a coapsei.

9) Este evident că cifrele de faţă nu reprezintă decât constatări făcute la bolnavii socotiţi evacuabili şi evacuaţi între a 3-ia 8—10-a zi la noi. *Pentru a avea procentul exact al acestei complicaţii ar trebui însumate şi constatările făcute la spitalele din imediata apropiere a frontului pentru răniţii cari au fost consideraţi ca nevacua-*

bili sau nu au putut fi evacuaţi din cauze diferite.

Se poate *deduce* totuşi din constatările de mai sus că o *intervenţie mai activă chirurgicală din primele ore sau zile poate să evite aceste complicaţii grave.*

Plagile musculare prin schije, mai ales dacă corpul străin este reţinut, trebuesc *ori operate şi curăţate imediat ori evacuate imediat şi cu mijloace rapide la formaţiuni mai bine utilate.*

Plăgile prin glonte, repetate în general, blânde, pot fi des cauză de infecţie gravă anaerobă ca şi cele prin schije.

Debridările simple, timide cu sau fără drenaj, nu sunt totdeauna suficiente să evite gangrena gazoasă; plăgile musculare cu anfractuozitate, atriţiuni musculare, trebuesc larg excizate până la muşchiul — şi ţesturi sănătoase, dela primul post chirurgical.

O „EPIDEMIE" DE CAROTINEMIE

de Dr. I. PAVEL şi Dr. P. SORESCU

La începutul lunii Iulie 1941 odată cu sosirea răniţilor şi bolnavilor de pe front un număr neobişnuit de mare dintre ei au venit cu palme şi tălpi galbene-portocalii. Incadraţi în diagnosticul pur simptomatic de carotinemie a fost normal să ne întrebăm care au fost motivele apariţiei acestei «epidemii».

Natural că prima supoziţie ce putea veni unui medic din Bucureşti, a fost schimbarea clientelei de oraş cu cea de ţară. schimbare ocazionată de transformarea spitalelor civile în spitale militare şi deci apte să primească o populatie de sat trecută sau nu printr'o concentrare de lungă durată. Dar o scurtă anchetă între confraţii care practică la ţară a părut să arate că există o mărire reală a frecvenţei dacă nu chiar o apariţie quasi-totală în acest an.

In spitalele din Bucureşti în decursul anilor frecventa lor a fost foarte redusă. Abia ici şi colo în cursul unui an dacă se vedea vreunul. Se interpreta atunci ca traducând o cholemie familială în sensul ideilor lui Gilbert şi Lereboullet sau ca ictet hemolitic câştigat la un vechi paludic sau se punea chiar diagnosticul de carotinemie fără a se epiloga mai mult.

Anul acesta dela prima serie de bolnavi şi răniţi sosiţi în serviciul medical al Spitalului 304 am numărat 5 carotinemici între care 2 foarte evidenţi, număr la care s'au adăogat altii odată cu sosirile ulterioare. Acelaş lucru a putut fi constatat şi în serviciile chirurgicale. Pe măsură însă ce vara avansa şi ne apropiam de toamnă frecventa lor a diminuat, iar intensitatea coloraţiei a diminuat şi ea.

Cercetarea bibliografiei a fost foarte putin satisfăcătoare pentru a ne explica apariţia quasi-epidemică a carotinemiei în cazurile noastre. In genere publicatiile vizează descrintia unor cazuri izolate cu un determinism bine stabilit sau a unor grupe de boli în cursul cărora carotinemia ar apare frecvent.

Hess şi Myers au observat-o la 2 copii care aveau o raţie suplimentară de morcovi. Ei au reuşit apoi să coloreze alti copii dându-le acelaş regim. Kaupe notează acelaş lucru, dar deja apare la el rezerva pe care o vom întâlni constant în literatură şi anume: toţi copiii care aveau o raţie suplimentară de morcovi nu deveneau carotinemici. Klose observă că la acest regim devin carotinemici mai ales copii bine nutriţi. Labbé notează un caz de carotinemie la o obeză moderată fără altă tară organică, ceiace coroborează remarca de mai sus

Cercetarea bibliografiei ne arată mai departe că acest sindrom poate apare la tifici, maladie unde nu se poate vorbi de indivizi bine nutriţi, ci de subnutriţi. In febra tifoidă coloratia galbenă a palmelor şi plantelor este de mult descrisă ca un simptom diagnostic.

Von Norden, Labbé cred că apariţia carotinemiei este frecventă la diabetici si anume de predilectie la cei gravi. Pentru a explica această tendinta a diabeticilor la xantocromie, unii autori, între care H. Van den Bergh invocă alimentatia abundentă şi mai ales bogată în lipocrom: legume verzi, spanac, salată, gălbenuş de ou, unt, care formează — sau mai bine zis formau — alimentaţia obişnuită a acestor bolnavi. Labbé e mai rezervat. La bolnavi nediabetici supuşi sase luni la o alimentaţie continând 2 feluri de legume verzi şi salade şi 4 ouă pe zi, nu a observat apariţia xantocromiei. Dacă această relaţie cu alimentaţia ar fi exactă, spune, mai departe, acest autor, atunci carotinemia ar trebui să se observe de predilecţie la tuberculoşi cărora cum se ştie să admnistreze multe ouă crude şi gălbenuşuri. Tuberculoşi nu au însă această coloraţie caracteristică. Totuş culoarea galbenă-ambrată a serului care a fost pusă în relaţie altă dată cu o cholemie crescută e considerată mai de curând de Pissavy şi Monceau ca fiind în relaţie cu carotenul. Se mai găsesc în literatură observaţii izolate de carotinemii apărute în urma unui regim exclusiv sau aproape exclusiv de portocale, morcovi. (Moutier, Papazian, etc.) sau dovleac 1) (Barbier şi Masquin).

Care este situaţia carotinemicilor noştri vis-a-vis de momentele etiologice expuse mai sus. Niciunul din ei nu era tuberculos sau diabetic.

In ceiace priveşte această ultimă boală putem spune după verificarea adhoc a celor 80 de diabetici gravi şi uşori cari sunt sub supravegherea noastră la Centrul de asistenţă pentru bolnavii de diabet, că niciunul nu prezintă coloraţia galbenă a palmelor şi plantelor aşa cum am văzut-o la răniţii din vara aceasta. Lipsa de coincidenţă faţă de lucrările clasice poate ţine la progresul realizat în terapeutica diabetului dela introducerea insulinei de când procentul de grăsimi a fost mult diminuat şi toleranţa pentru hidrocarbonate, altele decât legumele verzi bogate în caroten, a putut fi mărită. Notăm aceasta, deşi Labbé subliniază că xantocromia nu pare să fie în raport cu alimentaţia. Dar lucrarea ultimă a acestui autor datează din Ianuarie 1925 când tratamentul insulinic nu pătrunsese suficient în terapeutica bolnavilor de diabet. Trebue să adăugăm însă că cei 80 de diabetici necarotinemici urmăriţi de noi provin din mediul sărac unde foarte rar găsim o coexistenţă cu un oarecare grad de obezitatea sau chiar, numai, cu buna nutriţie.

Despre o alimentaţie intensivă cu morcovi, portocale, dovleac, ouă, unt sau spanac etc. ca în observaţiile de mai sus, nu poate fi vorba la soldaţii noştri.

* * *

O analiză a cazurilor noastre ne lasă totuşi să întrevedem o explicaţie plauzibilă.

Un prim caracter comun este că toţi soldaţii ajunşi în observaţia noastră vin dela ţară şi ajung în spital după o perioadă de concentrare mai mult sau mai puţin îndelungată.

Al doilea caracter comun este acela al alimentaţiei. Deşi nu se poate vorbi de o alimentaţie monotonă sau exclusivă, regimul militar admitând oarepra căruia nu s'a insistat deajuns, în opoziţie complectă cu locul de elecţie pentru depunerea pigmenţilor biliari. Aceştia se depun cel dintâi la con-

1) La noi, Milcu a observat în Oltenia, în unele părţi din câmpia Dunării, colorarea galbenă-portocalie a palmelor, toamna, după recolta dovleacului şi foarte probabil din cauza alimentaţiei excesive cu acest aliment.

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN

„SAPIC"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

PNEUMONIE, BRONCHOPNEUMONIE, GRIPĂ
PROFILACTIC DUPĂ OPERAŢIUNI

PULMOSEPT

„SAPIC"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

LACTOCRESIN

„SAPIC"

Sirop pe bază de: Gaiacol lichid, Lactofosfat de calciu, Codeină, Tinct. de Aconit

Puternic desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Recalcifiant

Mostre şi literatură prin:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOC
MENINGOCOC
GONOCOC
STREPTOCOC
STAFILOCOC

Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (P.amino-benzen sulfamido) piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50 g

doza medie la adult în primele zile:

3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e.

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

care variaţie mai ales în anul acesta în care soldaţii au fost unanimi în a spune că hrana le-a fost bună, iar în ce priveşte carnea că «au mâncat mai mult şi mai regulat ca acasă», totuşi condiţiile speciale ale recoltei acestui an au impus o alimentaţie foarte sugestivă pentru a explica apariţia hipercarotinemiei. Începând din iarnă şi până la începutul verei a fost impusă din lipsa grâului, mămăliga sau pâinea făcută cu mălai. Dacă ţinem seama de locul ce-l ocupă în hrana soldatului pâinea, sau în anul acesta, mămăliga, pentru acoperirea raţiei normale, trebue să convenim că dacă porumbul are un conţinut important de caroten, mămăliga poate fi considerată ca o alimentaţie hipercarotinemiantă. Cercetând tabela instituită de Van den Bergh, găsim că în adevăr porumbul e foarte bogat în caroten şi anume de 3,5 ori mai bogat decât morcovul care a dat numele sindromului.

Astfel analiza cazurilor noastre ne dă un fir conducător capabil prin difuziunea sa să explice «epidemia» de carotinemie: populaţie dela ţară care a traversat iarna, primăvara şi începutul verei 1941 acasă sau în concentrare, având ca aliment de bază mămăliga.

* * *

Majoritatea autorilor care s'au ocupat cu acest sindrom fie la copil, fie la adult, fie la cei aparent sănătoşi, fie la bolnavi din grupe bine stabilite, ca diabetici şi tifici, au remarcat că factorul alimentar, deşi important nu este el singur favorizant şi determinant. Dacă un număr de oameni sunt supuşi unui regim hipercarotinemiant, nu toţi vor căpăta coloraţia caracteristică, aşa cum nu toţi soldaţii noştri supuşi prin forţa lucrurilor la o experienţă de masă, au căpătat palmele şi tălpile roşii — portocalii.

In căutarea unui al doilea facor favorizant s'a invocat insuficienţa hepatică care în treacăt fie zis este pentru problemele de metabolism un fel de caput mortuum. Moutiers o crede posibilă fiindcă în cazul lui existau câteva mici semne de insuficienţă hepatică: urobilinurie, săruri biliare, hypercolesterinemie moderată. Papazian o crede deasemenea posibilă pentrucă în antecedentele bolnavei sale se găseau o febră tifoidă, 3 sarcini normale, un punct cistic dureros şi o creştere a colesterinei în sânge (1,93%).

Labbé, fiindcă a întâlnit carotinemia la diabeticii gravi se întreabă dacă această hiperlipocromie nu ar traduce şi ea o formă de turburare în metabolismul grăsimilor ca de exemplu hipercolesterinemia sau ca arderea incomplectă a acizilor graşi cetonici.

Thiele crede că cifrele mari ale carotinemiei la diabetici ar fi expresia constituţiei diabetice şi probabil în legătură cu hiperlipemia.

Knight studiind la hemiptere acţiunea căldurei asupra pigmentaţiei a ajuns la convingerea că atunci când există o creştere a activităţei fiziologice şi a oxidaţiilor în particular, această oxidaţie are loc asupra carotenului care este decolorat. Diminuţia activităţei fiziologice se traduce printr'un depozit mai mare de pigmenti. In aceiaşi ordine de gândire Head şi Johnson interpretează carotinemia diabeticilor ca o urmare a încetinirei fenomenelor de oxidare în această afecţiune. Pissavy şi Monceau consideră tuberculosul ca un bolnav cu metabolismul încetinit datorit hypo-oxidaţiei ceiace ar explica în concordanţă cu experienţele lui Knight hypercarotinemia tuberculoşilor.

Analiza cazurilor noastre nu ne-a permis să încriminăm insuficienţa hepatică. Cei atinşi de carotinemie erau tineri, originari dela sate şi nimic nu ne face să credem în această posibilitate. Cholesterina la o serie de carotinemici a fost în limite normale (1,66%, 1,82%, 1,64%, 1,82% şi numai excepţional 2.56%).

De altfel în hipoteza existenţei unei insuficienţe hepatice şi în acord cu cercetările recente ar fi trebuit să admitem la aceşti bolnavi o lipsă a vitaminei A datorită insuficienţei oxidării carotenului. Deşi nu am putut determina cantitatea de vitamină A, la niciunul din soldaţii noştri nu am găsit fenomene de avitaminoză. In două din cazurile noastre dr. Lăzărescu a avut amabilitatea să caute cu ajutorul fotometrului Bireh - Hirchfeld, o avitminoză A frustă, posibilă. Explorarea a dat un rezultat negativ.

Deasemenea nu poate fi vorba în cazurile noastre de o turburare în metabolismul grăsimilor ca în cazurile de diabet studiate de Labbé circumstanţele economice din ultimul timp precum şi medicul de unde provin bolnavii noştri nu le-a permis o alimentaţie grasă. Cum am văzut mai sus cercetarea colesterinemiei ne-a arătat cifre normale.

O scădere a activităţei fiziologice şi a oxidaţiunilor poate fi însă încriminată în cazurile noastre. Aşa cercetând metabolismul la câţiva carotinemici am găsit valori mici şi în 2 cazuri sub unitatea. Cum a arătat Milcu şi cum experienţa ne arată, valorile sub zero chiar nedepăşind cifre de — 10 au o semnificaţie patologică spre deosebire de valorile pozitive până la + 10 care coincid cu o stare normală. La unul din bolnavii cu o valoare sub unitate şi care avea şi o cantitate mai mare de caroten în sânge, administrarea de pulbere de tiroidă în cantitatea de 0,30 ctg. timp de 3 zile a determinat o scădere la jumătate a cantităţei de caroten din sânge adică dela 114% φ la 62 φ % (1). Acest rezultat coroborează acţiunea contrară a vitaminei A vis-a-vis de hipersecreţia tiroidei, acţiune care a făcut să fie ultilizată în tratamentul hipertiroidismului.

Alte cauze pot duce la o diminuare a oxidaţiilor. Aşa într'unul din cazurile noastre exista o anemie secundară foarte importantă datorită anchilostomei duodenale, ceiace îi diminua foarte mult activitatea fiziologică. Bolnavul era apatic, obosit. Tratamentul cu fier şi apoi cu oleu de chenopodium au sfârşit prin a readuce tabloul sanguin la normal şi să facă să dispară în mod evident culoarea carotinemică. Acest caz e interesant şi din punct de vedere doctrinal fiindcă arată că hipercarotinemia nu a împiedicat apariţia unei anemii importante necum să o amelioreze aşa cum a susţinut Binet care a studiat acţiunea carotenului asupra hematopoezei. Din contră, fierul chiar înainte de tratamentul specific al anchilostomiazei, a readus la *normal* tabloul sanguin.

* * *

Carotinemia este un diagnostic clinic şi nu are un test biologic constant. Dozarea carotenului, provitamina A, în sânge a dat cifre foarte variate la bolnavii noştri: 78 φ %, 69 φ %, 57 φ %, 114 φ %, 49 φ %, 39 φ %, 34 φ %, 37 φ %. Dealtfel cei ce s'au ocupat cu asemenea dozări au conchis la dificultatea stabilirei cantităţei normale şi au găsit, chiar la *normali* variaţiuni ce pot merge dela 1 : 10. La 3 indivizi normali, am găsit cifrele următoare: 66 φ %, 82 φ %, 102 φ %. La 5 diabetici graví am găsit: 82 φ %, 105 φ %, 99 φ %, 57 φ %, 38 φ %. Variaţia cifrelor găsite la carotinemici nu era deloc în raport cu intensitatea coloraţiei palmelor şi plantelor lor.

Se poate deci spune că nu există un raport direct între carotinemia sanguină şi cea tisulară, sau mai precis cutanată.

* * *

Se ştie că xantocromia spre deosebire de pigmentul icteric nu atinge conjuctivele. Pigmentaţia carotinemică atinge cu deosebire palmele şi tălpile putându-se generaliza, în cazuri înaintate, la faţă şi excepţional la toată suprafaţa corpului. Există deci o filie tisulară evidentă şi, fapt asu-

(1) Această acţiune nu am putut-o verifica într'un alt caz de carotinemie cu cantitate mică de caroten în sânge: 57 φ %.

juctive şi perzistă acolo până la sfârşitul icterului, atunci chiar când bilirubinemia a scăzut la normal. Din contră la palme şi talpi pigmentul biliar nu se depune decât foarte târziu şi anume în retenţiile foarte mari de pigmenţi, iar când icterul începe să descrească, coloraţia din palme şi talpi dispare foarte curând. Deasemenea pigmentarea corpului care apare foarte târziu sau excepţional în cursul carotinemiei, apare în cursul icterului imediat după colorarea conjunctivelor.

Nu există încă o explicaţie satisfăcătoare a depunerei elective a carotenului la nivelul palmelor şi tălpilor. Este posibil să existe o depunere de caroten în stratul cornos al pielei foarte desvoltat în palme şi în plante. Se ştie că citoplasma celulelor din acest strat este quasi înlocuită de incluziuni formate de picături grăsoase şi este cunoscută afinitatea carotenului pentru grăsimi. Seatul foarte superficial şi în strat gros al acestora face ca pigmentul să devie vizibil. Această hipoteză ar explica şi faptul că în momentul dispariţiei coloraţiei locurile unde perzistă încă nuanţa galbenă-portocalie sunt tocmai acolo unde statul cornos este mai desvoltat cum ar fi durioanele sau, la nivelul eminenţei hypotenar şi a feţei palmare deia nivelul articulaţiilor metacarpo - falangiene. Acestea din urmă au chiar şi la unii indivizi de coloraţie normală o nuanţă care aminteşte culoarea galbenă portocalie a carotinemicilor. Se înţelege că la acest nivel, din lipsa circulaţiei, oxidaţiile devin dificile şi o decolorare a carotenului nu mai poate avea loc.

Modul de eliminare al carotenului neoxidat nu e cunoscut. Fiziopatologia carotinemiei aşa cum am expus-o mai sus şi persistenţa carotenului timp îndelungat în statul cornos ne-ar putea face să credem că modul sau unul din modalităţile de eliminare a lui ar fi prin exfolierea stratului cornos al pielei.

Aceasta ne poate indica deasemenea că sindromul clinic al carotinemiei poate să nu fie decât rezidiul perpetuat un oare care timp, al unei hipercarotinemii humorale trecute.

Carotinemia nu are urmări patologice demne de interes. Este mai degrabă o problemă de cosmetică şi ca atare poate beneficia de consiliul medical. Alături de ajustarea regimului cu evitarea excesului de alimente bogate în caroten vom consilia măsuri adequate cauzelor predispozante pe care le-am expus mai sus şi anume ameliorarea metobolismului, a anemiei şi altele, pe care azi le ignorăm.

FLEBITELE IN FEBRA TIFOIDA

de Conf. Dr. I. GAVRILĂ
Conf. de la facultatea de medicină din Sibiu-Cluj.

Complicaţiunile venoase, flebitele, în cursul febrei tifoide se întâlnesc destul de des şi dacă ele de obiceiu nu prezintă un prognostic prea grav, totuşi sunt de o importanţă deosebită pentru bolnavi prin imobilizarea prelungită ce o necesită.

Frecvenţa. — Frecvenţa flebitelor tifice este variabilă în statisticele diferiţilor autori.. Marele clinician *Trausseau* spunea că flebita în febră tifoidă este o complicaţie rară, în schimb alţi autori o găsesc destul de des: M. *Hurivel* 6%, *Vincent* 8.25%, *Costa* 12%, *Connet* 10-15%.

Având ocazia să observăm un număr destul de mare de flebite în anii 1935—1940 în Spitalul Epidemic din Cluj, ne permitem să facem câteva consideraţiuni asupra acestei complicaţiuni tifice.

In ce priveşte frecvenţa globală în cazurile noastre am constatat un număr de 44 de flebite pe un număr de 705 cazuri de febră tifoidă, deci 6.2 %

Intre aceste cazuri 32 au fost unilaterale, 12 au fost bilaterale.

In cursul anilor frecvenţa a fost după ani între 4.2% — 9.3%.

Vârsta. — După vârsta cazurile se se repartizează după cum urmează: între 10—20 ani 15 cazuri, între 20—30 ani 18 cazuri, între 30—40 ani 7 cazuri, între 40—50 ani 4 cazuri. Deci cele mai multe flebite se întâlnesc între 20—30 ani, când cazurile de febră tifoidă sunt mai frecvente. Flebitele nu le-am întâlnit sub 10 ani.

Localizarea. — In toate cazurile noastre flebita a interesat extremităţile inferioare şi anume venele femorale. In cazurile unilaterale de 29 ori a interesat extremitatea inferioară stângă şi numai de 3 ori cea dreaptă. Deci flebita în imensa majoritate a cazurilor se localizează pe extremitatea inferioară stângă, spre deosebire de arterită, care se localizează pe cea dreaptă.

Data apariţiei. — In ce priveşte data de apariţie a flebitelor în cursul evoluţiei bolii, cazurile noastre s'au prezentat în felul următor:

In 4 cazuri flebita a apărut în a 2-a săptămână a perioadei de stare, în 5 cazuri în timpul perioadei de defervescenţă, în celelalte (35 cazuri) a apărut în timpul convalescenţei, în 2 cazuri flebita a survenit în convalescenţa instalată după recidivă. In rezumat flebita este o complicaţie a perioadei de convalescenţă, totuşi ea poate surveni mai rar şi în celelalte periode ale boalei, chiar şi în perioada de stare.

Flebita şi gravitatea bolii. — Raportul între frecvenţa flebitei şi gravitatea febrei tifoide s'a prezentat în felul următor: în 8 cazuri flebita s'a prezentat în forme uşoare de febră tifoidă, în 24 de cazuri în forme mijlocii de boală şi în 12 cazuri în forme grave de boală. Deci flebita se întâlneşte în toate formele de febră tifoidă considerate din punct de vedere al gravităţii.

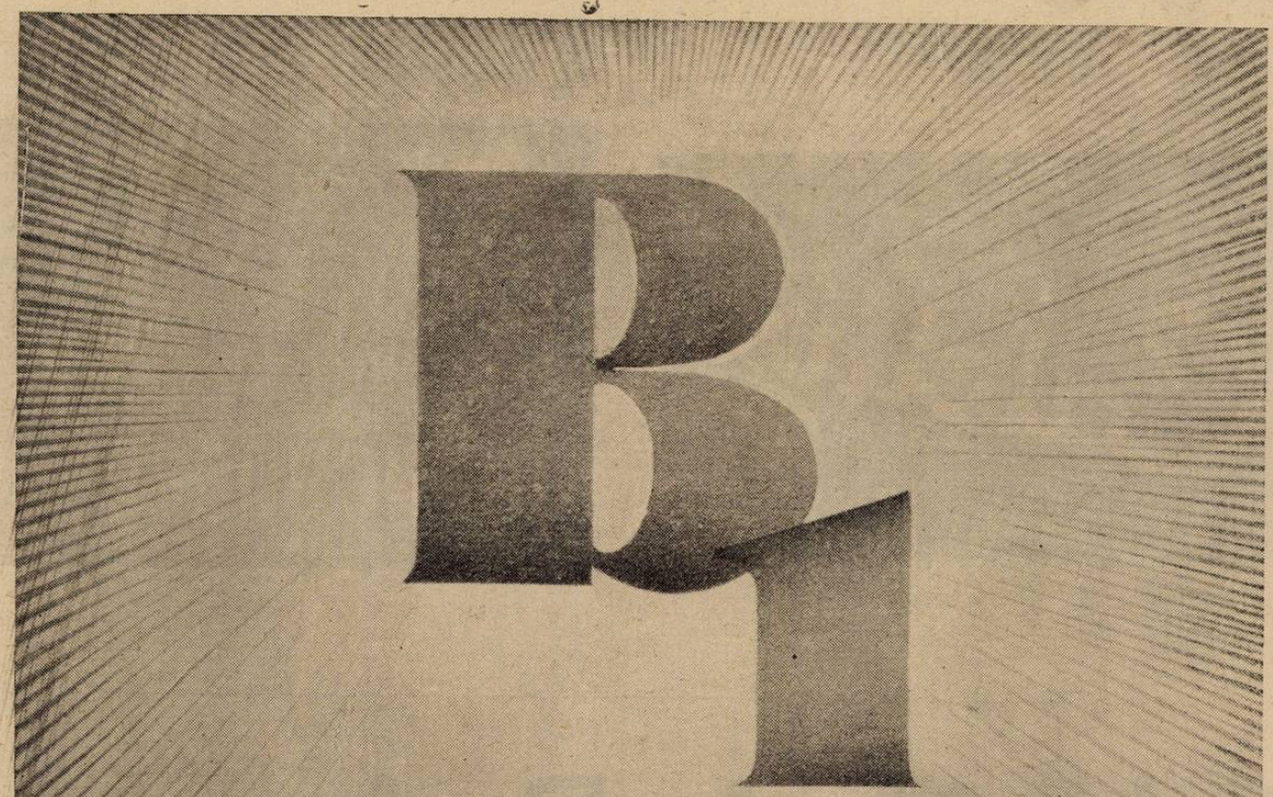
Forma flebitei. — Dintre cele două forme principale ale flebitelor în febra tifoidă se întâlneşte mai ales forma cu aspectul de *flegmaţia alba dolens*, este forma obişnuită, pe care am constatat-o în 35 de cazuri. Cealaltă varietate, *forma frisonantă*, pseudo-piemică a flebitei am găsit-o în 9 cazuri.

Simptomatologie. Dacă bolnavul a intrat deja în convalescenţă, în forma obişnuită a flebitei (flegmaţia alba dolens) deobiceiu la început există câteva simptome vagi. Bolnavul nu se simte bine, fără a putea preciza pentruce, are puţină temperatură 37-37,5°, uneori până la 38°. Aceste fenomene nesigure durează 5—7 zile, apoi urmează primul simptom, care ne indică diagnosticul, *durerea.* Deseori simptomele vagi dela început trec neobservate şi complicaţia începe deodată cu simptomul: *durere.* Localizarea durerii deobiceiu este regiunea inguinală dealungul feţei interne a coapsei uneori şi în fosa poplitee şi în gambă. Durerea uneori poate lua caracterul unei nevralgii a extremităţii inferioare. Senzaţiunea dureroasă deobiceiu este permanentă, este de intensitate variabilă, se exagerează prin mişcări şi prin presiune digitală. Alteori ea se manifestă numai prin o senzaţie de greutate în extremitatea interesată.

Destul de repede se ataşează durerii, *tumefacţia* extremităţii respective sub formă de edem alb, lucios şi cu pielea puţin întinsă. După presiune digitală rămâne foarte puţină urmă sau de loc. Intensitatea şi extinderea edemului sunt variabile, uneori se localizează numai în regiunea ingvinală, mai des la întreagă extremitatea, câteodată abia este vizibil. In unele cazuri se ataşează şi o uşoară hidrartroză a genunchiului. Temperatura locală este mai ridicată.

La palpare se poate simţi în edem traiectul venelor inflamate sub formă de cordoane dure, punerea în evidenţă a acestui simptom trebuie făcută cu foarte mare precauţiune sau deloc, deoarece ea poate prezenta pericole.

Temperatura generală de obiceiu scade repede, se mai menţine câtăva vreme subfebrilitate, apoi scade defi-



Preparatul sintetic
de
VITAMINA B_1

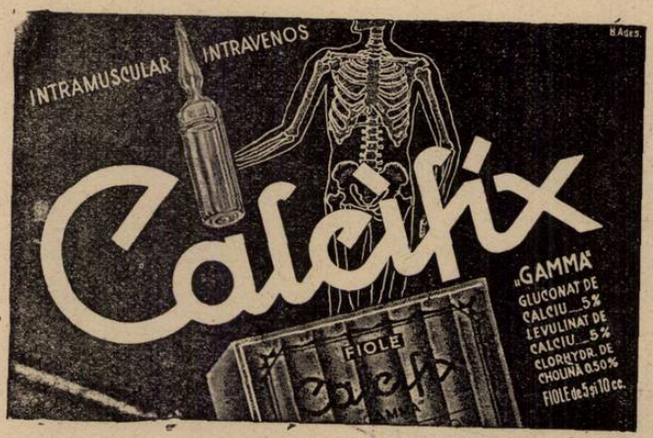
Betaxin

In tratamentul nevritelor periferice de cea mai variată natură. Acţiune analgezică în afecţiunile nervilor sensitivi.

INDICAŢIUNI: Nevrite şi nevralgii, polinevrite, nevrită alcoolică, nevralgii trigeminale, sciatică, carenţe dietetice, herpes zoster, nevrite profesionale, apoi mielită funiculară şi scleroză în plăci.

In tablete, fiole şi fiole „forte"
Fiolele de Betaxin se pot injecta numai subcutan intramuscular şi intravenos.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN



U L M A R A „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDA

ANTIREUMATIC — ANALGETIC — REVULSIV

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. : 5.51.51

nitiv şi mai departe; flebita evoluiază afebrilă.

In formă frisonantă pseudo-piemică simptomele locale sunt identice, numai cele generale sunt mai accentuate. Temperatura este mai mare şi prezintă oscilaţiuni mari şi neregulate, producând în acelaş timp şi frisoane uneori zilnic, alteori la 2—3 zile un frison. Este mai gravă, decât forma precedentă, totuşi evoluţia obişnuită şi în această formă este spre vindecare.

Durata flebitei este variabilă. In 5 cazuri a durat 3 săptămâni, în 4 cazuri 4 săptămâni, în 20 de cazuri 5 săptămâni, în 6 cazuri 6 săptămâni, în 4 cazuri 7 săptămâni, în 3 cazuri 8 săptămâni, în 2 cazuri 9 săptămâni.

Patogenia. — In privinţa patogeniei flebitelor tifice după datele clasice ele ar fi datorite germenilor de infecţie secundară: stafilococi, bacili coli, etc. Insă realitatea nu pare a fi aceasta, flebitele tifice fiind datorite însăşi bacilului tific, care se localizează pe peretele venos.

Această patogenie este dovedită şi prin cercetările lui *F. Widal, A. Lemierre şi P. Abrami*, cari constată aproape în mod constant hemocultura pozitivă pentru bacili tifici în cursul flebitelor, în special a flebitelor frisonante. Noi personal în 10 din observaţiile noastre am recoltat sânge pentru hemocultură în timpul flebitei şi dintre acestea în 5 s'a constatat o hemocultură pozitivă cu bacili tifici în însăşi peretele venei inflamate şi în chiagul sangvin de acolo.

Prognosticul. — In ce priveşte prognosticul cazurilor de febră tifoidă complicate cu flebită, după experienţa noastră acest prognostic în general este bun. Embolia pulmonară este excepţională în flebita tifică, în cazurile noastre nu s'a înregistrat în nici într'un caz. Este adevărat, că această complicaţie prelungeşte imobilizarea în pat cu câteva săptămâni, uneori chiar cu luni, totuşi complicaţia aproape totdeauna se vindecă, chiar şi în cazurile de flebită dublă. Dintre cazurile noastre cu flebită, numai unul a sucombat, însă nici aici cauza morţii n'a fost flebita, ci gravitatea infecţiei generale tifice, în cadrele căreia a survenit şi flebita. După flebită adesea rămân edeme ale extremităţilor inferioare, care se menţin câteodată foarte lungă vreme şi cari câteodată sunt constante, alteori se prezintă după mers mai mult în picioare. Cateodală aceste edeme sunt foarte pronunţate, astfel că iau un caracter elefantiazic. Uneori se menţin şi uşoare dureri în aceleaşi extremităţi după eforturi fizice. In alte cazuri după imobilizări prea îndelungate, pot rămâne deviaţiuni ale piciorului în urma atrofiei musculare survenite, altădată turburări trofice ale regiunei.

Tratament. — Tratamentul este local şi general. Tratamentul local constă din:

1. *Imobilizarea* extremităţii bolnave. Această imobilizare trebuie să fie completă, spre a evita o eventuală embolie pulmonară. Ea se face în poziţie orizontală aşezând membrul interesat pe o gutieră cu partea distală ceva mai sus. Extremitatea va fi învelită în comprese reci, aşa fel, ca la schimbarea lor să nu fie nevoie de mişcare.

Imobilizarea extremităţii bolnave mai de mult se menţinea mai multă vreme, 1—2 luni sau chiar mai mult. Binînţeles că această imobilizare prelungită conducea la atrofii musculare, anchiloze articulare sau chiar şi la deformaţii. Astăzi criteriul în imobilizare, este următorul în flebita extremităţilor inferioare:

Se menţine imobilizarea până când nu mai există temperatură deloc de 3 săptămâni, până când nu mai există fenomene dureroase nici la palparea cordoanelor venoase şi până când edemele sunt cel puţin pe calea de regresiune, dacă n'au regresat.

2. După aceea urmează *mobilizarea* atentă şi progresivă a extremităţii bolnave. In prima săptămână se vor face numai mişcări pasive, care vor consta din o uşoară atingere a pielii, din mobilizarea parţială a degetelor şi a piciorului. In săptămâna 2-a se vor face masaje ale musculaturii interesate şi mişcări pasive ale genunchiu'ui. In săptămâna 3-a se va face flexiunea extremităţii şi bolnavul va încerca cu precauţiune să părăsească patul. Dacă bolnavul cu ocazie acestor încercări de mobilizare prezintă din nou temperatură şi dureri, imobilizarea va fi continuată încă până la dispariţia din nou a acestor fenomene morbide. Inainte de părăsirea patului este de recomandat, de a aplica o bandă elastică sau ciorapi elastici pe gambă şi genunchi, pentru a impedeca producerea edemelor.

Fizioterapia. (electrizări) şi hidroterapia în staţiuni balneare încă pot favoriza refacerea mai repede a circulaţiei normale şi a ţesuturilor

Tratamentul cu lipitori întrebuinţat mai de mult, este preluat în ultimii ani din nou în terapeutica flebitelor. Se aplică 5—6 lipitori pe extremitatea bolnavă de 2—3 ori la 2—3 zile interval, ceeace pare a favoriza vindecarea procesului.

Tratamentul general constă din terapie antiinfecţioasă cu substanţe chimice şi în primul rând cu sulfamide colorate şi necolorate, cari vor fi aplicate pe cale bucală, dar mai ales sub formă de injecţiuni.

Terapeutica sulfamidată în plăgile de război

de Dr. D. TURNESCU, Dr. I. TH. SABAILA şi Dr. G. BOGDAN

Plăgile de război prin împrejurările în cari se produc, prin caracterul lor destructiv şi anfractuos se însoţesc aproape constant de infecţiuni mai mult sau mai puţin grave, contra cărora s'a întrebuinţat în trecutul război ca şi în acel actual, o serie nesfârşită de antiseptice, fără ca nici unul din acestea, să găsească unanima aprobare a chirurgilor.

Condiţiunile de viaţă cu multe privaţiuni, constituesc tot atâţia fractori adjuvanţi, cari măresc virulenţa microbilor cestor plăgi profund anfractuase şi infectate, determinând o evoluţie cu greu de modificat prin cele mai reputate terapeutici anti-infecţioase.

Iată dece introducerea sulfamidelor în terapeutica chirurgicală, de care se leagă atâtea succese din timp de pace şi-a găsit o vastă aplicaţie, cu cel mai deplin succes, în timp de război, aşezând-o aproape pe acelaş plan cu marea revoluţie a asepsiei lui Terrier.

In serviciul III. chirurgical al Spitalului Militar «Regina Elisabeta» de sub conducerea d-lui Colonel M. Căpitanovici aplicarea pe scară întinsă a sulfamidoterapei locale în diferite plăgi de război, ne-a permis să culegem observaţiuni şi impresiuni clinice de care am legat speranţe bine indrituite atât din punct de vedere general, cât şi local.

Constatările noastre cer încă anumite ajustări pe cari circumstanţele actuale nu ni le-au permis, dar le publicăm totuşi în speranţa că alţii mai norocoşi cu largi posibilităţi experimentale şi de laborator să le adâncească, pentru ca această metodă să dea roadele întrevăzute în urma acestor prime rezultate.

In serviciul III. chirurgical până la 25 August am primit 151 răniţi, dintre care 86 cu plăgi ale părţilor moi (membre 74, — 25 membrul superior, 49 membrul inferior şi plăgi ale trunchiului 12).

— Plăgi complicate cu fracturi =25

— Plăgi complicate cu leziuni viscerale =7.

La 68% răniţi primul pansament a fost făcută la 6 ore.

La 18% răniţi între 6—12 ore.

La 8% răniţi între 12—24 ore.

La 4% răniţi între 24—48 ore. După 48 ore 2%.

Dintre 151 cazuri 60 răniţi prezentau plăgi supurate şi curbe febrile între 37—40°.

Vom considera cu efect sulfamidoterapia în aceste din urmă 60 cazuri.

La 68% din cazuri curba febrilă revine la normal în primele 7 zile.

In al doilea lot la 21% din cazuri curba febrilă se normalizează între 7—14 zile.

In 11% din cazuri curba febrilă se menţine peste 14 zile.

In toate cazurile am asociat metodele chirurgicale:

Curăţirea chirurgicală a plăgilor: desinfecţia chimică redusă la minimum pansamente cu pulbere de exoseptoplix 3 cazuri.

Pansamente şi pulbere de dagenan 57 cazuri.

In ultimele zile aplicăm pulbere de dagenan după formula asemănătoare a lui Bosse cu 10% sahar lactis şi pomadă de vitamine (oleum jecoris) cu pulbere de dagenan, rezultate în curs de observare.

Vom trece asupra consideraţiunilor privind acţiunea generală a sulfamidelor studiate experimental în 1936 de Tréfouel, Nitti şi Bovet; De Buttle, Gray si Stepfenson; în 1937 de Rosenthal, Bauer şi Branham; de Long şi Bliss; de Coolebrook; de Levaditi. In 1938 de Raiziss, Severac şi Moetsch Clemence, toţi aceşti autori administrând sulfamide per os şi parenteral constată vindecări 100% la şoareci inoculaţi intraperitoneal cu streptococ, martorii murind în 24 de ore.

Cu cât trece mai mult timp dela inoculare rezultatele scad procentual dela 100% până la 50%.

Sulfamidele trec în organism rapid, intens şi generalizat după o oră după absorbţie (Tréfouel).

Sulfamidele au o mare superioritate asupra sero şi vaccino-terapiei cât şi asupra celorlalte antiseptice.

Acţiunea locală o sulfamidelor este din cele mai interesante şi promiţătoare.

In 3 cazuri am aplicat pulbere de exoseptoplix cu rezultate excelente unul si două mediocre (plagă prin schijă de obuz cu fractură articulară a genunchiului; plagă împuscată temporo occipitală dreaptă cu leziuni cerebrale).

In 57 cazuri, am întrebuinţat pulbere pură de dagenan şi comunicăm primele rezultate clinice:

1. Diminuarea secretelor plăgii.

2. Secreţiile plăgilor devin mai reduse fără să modifice prea mult fetiditatea.

3) Secreţia îşi schimbă caracterul din net purulentă, devenind mai seroase.

4. Plaga prezintă un aspect mai viu.

5. Burjonii în general observaţi în plăgile supurate, nu-şi fac apariţia masiv.

6. Cicatrizarea plăgii considerată cu plăgi martore este mai activă.

7. Asociaţia cu medicaţia per os şi parenteral grăbeşte normalizarea curbei termice.

8. Are un efect antitoxic probabil prin înlăturarea rezobţiilor dela nivelul plăgii în urma acţiunii bacteriostablizatoare.

9. Inlătură posibilitatea complicaţiilor septice, locale secundare.

10. Dă posibilitatea prin sterilizarea rapidă a plăgii să se execute suturi primitiv întârziate fără accidentele de altă dată.

11. In plăgile complicate cu fracturi, aplicarea pulberei de dagenan şi exoseptoplix ne-a dat posibilitatea să observăm:

a) Scurtarea perioadei de îngrijire chirurgicală propriu zisă (drenaj, pansamente) permitând tratamentul ortopedic după 13 zile dela închiderea plăgii — cazul fractură prin împuscare de femur.

b) Evită supuraţiile difuze şi disecante periostice şi intermusculo-aponevrotice.

c) Secretiile plăgilor, diminue impresionant după cazul cu exoseptoplix.

d) Fenomenele de inflamaţie locală scad rapid limitându-se la un edem în jurul traectului până la uscarea completă a plăgii.

e) Curba termică ajunge repede la normalizarea, aplicarea locală a dagenanului cu deschiderea chirurgicală şi drenaj fiind deseori suficiente.

12. Prin această aplicare locală a sulfamidelor, fenomenele toxice şi d e intoleranţă în sulfamido-terapie sunt inexistente.

13. In acest mod aplicarea sulfamidată poate fi mai îndelungată.

Intrebuinţarea locală şi generală a antisepticilor, credem că e necesar să fie revizuită. Multe din antisepticile locale costisitoare ar putea fi îndepărtate pentru următoarele motive:

a, Local antisepticile obişnuite colorante sau nu, pe lângă efectele bactericide au şi un efect nociv asupra celulelor organismului împiedicând cicatrizarea.

b) Sulfamidele exercită numai o acţiunea bacteriostabilizatoare fiind indiferente asupra celulelor organismului.

c) Antisepticile per os şi parenteral, întrebuinţate până în prezent aveau o acţiune parţială şi temporară pe când sulfamidele se caracterizează prin polivalenţa lor.

d) Fapele de observaţie clinică arată că acţiunea antisepticelor generale era deseori ineficace, boala urmându-şi evoluţia locală şi generală.

15. Sulfamidoterapia şi metodele citofilactice.

Metoda Dakin-Carrel, în plăgile cu distrugeri mari îşi păstrează toată valoarea terapeutică.

Dacă la soluţia obşnuită Dakin adăugăm cum am făcut-o noi un gram %o Dagenan, rezultatele par să fie cu mult superioare şi mai constante.

16 Sero-vaccinoterapia şi sulfamidoterapia.

a) Vaccino şi seroterapia au în general o acţiune restrânsă, lentă şi oligo-valentă.

b) Acţiunea este în general nesigură chiar atunci când este specifică.

c) Adăugarea de sulfamide întăreşte acţiunea serului şi a vaccinului.

d) Terapia sulfamidată este net superioară prin adăugarea de ser specific sau polivalent fapte observate şi de alti autori ca Branham şi Profesor Dumitrescu Mante.

e) Durata maladiei este foarte mult scurtată, vindecarea mai sigură şi constantă.

In concluzie. Graţia acestei noui terapeutici, chirurgia aseptică de azi capătă o incontestabilă siguranţă prin diminuarea morbidităţii operatorii şi posibilitatea de a efectua fără teamă operaţiunile largi şi totale, iar chirurgia septică prin:

1. Inlăturarea proceselor septice din timp de pace si război, dacă administrarea sulfamidelor s'a făcut din primele ore sau prima zi a contagiunii, masiv per os şi local şi cu terapeutica chirurgicală indicată.

2. Atenuarea proceselor de inflamaţie şi supuraţie locală dacă sulfamidele au fost date în primele două zile în mod suficient.

3. Diminuarea proceselor de difuziune septică frecvent întâlnite altădată.

4. Inlăturarea stărilor septicemice cu agravarea stării generale şi diminuarea posibilităţilor de reacţiune naturală contra infecţiei organismului.

5. Putem ajunge la suturi primitiv-întârziate, plăgile lăsate expectativ în primele zile.

6. Micşorarea numărului de zile al ospitalizărilor şi de aci un mare avantaj materal pentru pacient, instituţie şi Stat.

TRATAMENTUL MENINGITELOR CEREBROSPINALE CU SULFAPIRIDINA*)

de Dr. GH. ST. CONSTANTINESCU şi Intern M. MINCULESCU

Problema tratamentului meningitei cerebrospinale a redevenit actuală în ultimii ani, în urma comunicărilor concordante venite din toate colţurile lumii, asupra creşterii morbidităţii şi mortalităţii în această boală. Intr'adevăr statistici făcute pe un număr foarte mare de cazuri, evidenţiază în mod net, acest fenomen îngrijorător: astfel în Germania în 1936 au fost 1354 cazuri, dintre cari 619 decese, în 1937=1574 cazuri şi 780 decese, în 1938=1826 cazuri şi 842 decese; în Staele Unite în 1925=1850 cazuri, în 1927=9600 cazuri.

In primii ani după introducerea seroterapiei (1906—1910) s'au comunicat rezultate, cari arătau o scădere a mortalităţii dela 70—80% la 30—40%. Această constatare nu a rezistat un timp, căci statistica lui Welsh pe 23.685 cazuri, din America între 1920—93î şi aceea a lui Hiesh pe 14.000 cazuri cu o mortalitate de 87%, arată că nu s'a realizat vreun progres simţitor prin tratamentul seroterapic. Comunicările recente ale lui Löffler, Schäfer, Rich, Gregory, cu mortalităţi variind între 45—75%, nu fac decât să confirme acest lucru; singura excepţie o fac numai cazurile în cari serul a fost obţinut cu tulpini locale (Manicatide, Vasile Popescu).

Nu trebue deci să ne mire faptul că sero-terapia a trecut pe al doilea plan si că s'au căutat noui remedii.

Sulfonamidele descoperite de Domagk în 1935 au fost încercate încă de timpuriu în tratamentul meningitei cerebrospinale. Primele comunicări relevau puţine cazuri, totuşi rezultatele erau atât de încurajatoare, încât s'au început repede pretutindeni încercări de a trata meningita cerebro-spinală cu sulfonamide. S'a utilizat pe rând prontosilul, prontalbinul, septazine (1162 F), uliron, etc. mai întâi asociate cu ser, apoi singure. Cele mai active s'au dovedit a fi sulfonamidele necolorate: 2 paraminobenenz-sulfanilamida H. 2 N. S02 — NH2 (Hip. 11î2F), sub influenţa cărora mortalitatea a scăzut la 15—18%.

In căutarea unei combinaţiuni şi mai active, s'au făcut acum câţiva ani primele încercări cu un derivat al sulfamilamidei: sulfapiridina în care un H din grupul S02—NH2 este înlocuit cu grupul bazei al piridinei: H2N 502 — — H

Sulfapiridinele s'au dovedit a fi în doze mici, mai active şi în doze mari mai puţin toxice decât sulfanilamidele. Faţă de meningococi- sulfapiridina este foarte activă atât în vitro, cât şi în experimentările făcute pe şoareci, experimentări cari au arătat că trebue de 10 ori mai puţină sulfapiridină, decât sulfonamidă, pentru a-i proteja contra infecţiei meningococice (Megraith - Vollum, Wihby, Brauhman). Aceste constatări au determinat introducerea sulfipiridinei în tratamentul meningitei cerebrospinale, întâi în Anglia şi Amerca sub numele de M. & B. 693, apoi în Franţa ca Dagenan şi mai târziu în Germania ca Eubasinum. Rezultatele clinice au confirmat pe deplin pe cele experimentale, deşi în meningita cerebrospinală e foarte greu să se facă o apreciere justă asupra eficacităţii unui tratament, din cauza evoluţiei ei variabile şi a variabilităţii caracterului epidemiilor. Pentru a-şi dovedi eficacitatea un medicament trebue să îndeplinească două condiţiuni:

1) Să scadă mortalitatea şi 2) să scurteze evolutia bolii, să uşureze simptomele clinice şi să aibă acţiune bactericidă rapidă.

Pentru verificarea primei condiţiuni sunt necesare statistici mari. Cel mai mare număr de cazuri îl comunică Somer şi Bryant din Sudanul Anglo-Egiptean, unde meningita cerebrospinală e foarte răspândită şi foarte gravă. In 1934—938 au fost 21.500 cazuri cu 14.816 morţi — mortalitatea 68%. Aplicată în 143 — resp. 168 cazuri în condiţuni nefavorabile si în cantităţi relativ mici, sulfapiridina reuşeşte totuşi să scadă mortalitatea la 10 — respectiv 5%. In Anglia şi America unde meningita cerebrospinală survine deseori sub formă de mici epidemi, comunicările lui Wiliame (102 cazuri, mortalitate 12,7%) Banks (65 cazuri, mortalitate 1,4%). In Germania Camerar a avut 59 cazuri cu mortalitate 10,9%, Säker Hoppe şi alţii, relatează câte 15—30 cazuri cu mortalităţi între 2—10%.

In ceeace priveşte a doua conditie relativ la efectele clinice ale sulfapiridinei, concluziile unanime ce se desprind atât din lucrările autorilor streini, cât si din evoluţia cazurilor noastre sunt următoarele: administrarea sulfapiridinei produce:

1. Scăderea bruscă a febrei şi a turbărilor delirante.

2. Semnele de iritaţie meningială dispar după 8—14 zile.

3. Meningococii dispar din lichidul cefalorachidian după 3—4 zile. Ei nu mai cresc în culturi din ziua a doua.

4. Scăderea leucocitelor în lichidul cefalorachidian se face foarte repede în primele zile, ceva mai încet în zilele următoare, ajungând la valori normale după 8—9 zile de tratament.

5. In urma distrugerii microbilor şi a reductazelor acestora glicorahia care era scăzută, revine repede la normal. Glicorahia rămâne scăzută când nu se produce ameliorare.

6. PHul dela 6,87 se ridică la7, 4—7,3.

Ambele condiţiuni de verificare fiind îndeplinite cu prisosinţa, sulfapiridinele au fost aplicate în ultimul timp pe o scară întinsă în Anglia, America, Franţa şi Germania şi graţie lor mortalitatea în meningita cerebrospinală a scăzut sub 10%, cele mai multe comunicări arătând o medie de 5—6%, unele chiar mai puţin dacă se exclud cazurile sucombate în primele 24 ore.

Materialul nostru cuprinde 17 cazuri de meningită cerebrospinală: 9 au fost tratate numai cu sulfapiridină (Dagenan 4 cazuri şi Eubasinum 5 cazuri), 8 cazuri au fost tratate cu sulfapiridină + ser antimeningogocic (6 ser + Dagenan, 2 ser + Eubasinum. Diagnosticul a fost pus clinic şi bacteriologic prin găsirea meningococului în lichidul cefalo-rachidian, atât în frotiu direct după centrifugare, cât şi prin cultivarea acestuia cu toate precauţiunile necesare pe mediile adequate.

Intr'un caz (ob. 17) s'a putut obţine meningococul şi în sânge. Numărătoarea leucocitelor s'a făcut cu ajutorul celulei Nageotte, controlată printr'o numărătoare la celula Bürker-Tuerk, atunci când ele erau foarte numeroase.

Din cei 17 bolnavi, 2 au fost sub un an, 7 au fost sub 2 ani, 6 între 2—5 ani, 2 între 5—10 ani şi 2 peste 10 ani. Am avut 7 forme grave, 4 medii şi 6 uşoare. In cazurile tratate cu sulfapiridină şi cu ser avem două grupe: Prima în care concomitent cu injectarea serului s'a început şi sulfamido-terapia şi a doua grupă în care s'a administrat întâi numai ser şi după câteva zile sulfapiridină.

In prima grupă sunt 5 cazuri (obs. 1, 2, 3, 4, 5), din care 3 grave (obs. 1. 2, 3), o formă mijlocie (obs. 4) şi una uşoară (obs. 5). Cantitatea şi ritmul de administrare a serului şi sulfapiridinei se vede din graficele şi obs. cazurilor.

*) Lucrare făcută în serviciul de boli contagiase copii Spitalul Colentina. Medic primar: *Dr. Aurel Stroe.*

Obs. I. E. S. 5 ani, 16 kgr. debut de 4 zile cu febră, frisoane, vărsături, delir, erupţie maculoasă, rigiditatea muşchilor cefii în a treia zi de boală. Se internează în a patra zi. Starea gravă. L. C. R. turbure, 6000 clule mmc., în imensa majoritate polinucleare. In sediment: meningococic. Se fac 50. cm. c. ser A. M. intramuscular şi 15 c. c. i. rachidian. Ameliorarea bruscă. Concomitent Eubasinum 1,5 gr. pe zi (6 xo, 25 gr.) timp de 3 zile, continuat 1 gr. pe zi (4 xox,25) alte trei zile. Total: 6 zile = 7,50 gr. A patra zi dela începutul tratamentului cu Eubasinum (8-a zi de boală), vindecare clinică, numai persistă decât o uşoară redoare a cefei L. C. R. limpede. Pandy f. slab +, 40 celule pe mmc., majoritatea limfocite. Nu găsesc microbi. Pleacă vindecat a 18-a zi de boală (ospitalizare 15 zile).

Obs. 2. M. O. 7 ani, 20,000 kgr. vine a 5-a zi de boală, stare gravă, nu recunoaşte pe nimeni, nu vorbeşte, opistotonnos. L. C. R. purulent, 10,500 celule pe mmc., în mare majoritate polinucleare. Meningococi în sediment, Ser A. M. 6 zile: în primele 3 zile câte 100 c. c. i. m. + 20 cc. i. v. pe zi, apoi în celelalte 3 zile i. m. 80 cc.— 50 cc., în total 550 cc. Concomitent se dă Dagenan în modul următor: 3 gr. (6xo,50) pe zi în primele trei zile, apoi 2 gr. (4xo,50 gr.) timp de 4 zile, 1 gr. (2xo,50) o zi — 2 zile pauză şi iar 3 zile câte 2 gr. (4 xo,50) pe zi. Total 11 zile = 24 gr. A doua zi după internare ameliorarea clinică manifestă. La o a doua punctie făcută (a treia zi de tratament) nu s'au mai găsit meningococi. Vindecată după 22 zile de boală. Ospitalizarea 18 zile.

Obs. 3. R. P. 4 luni, 6,800 gr. Se internează a 7-a zi de boală L. C. R. turburare, 30000 celule pe mmc. polinucleare, foarte frecvenţi meningococi intra şi extracelular. Ser a. m. 40 cc. i. m. Dagenan 0,75 gr. pe zi (6x1/4 tablete) timp de 6 zile. In a 18-a zi de boală cloazonează, nu se mai poate face punctia. Remisiunea se face repede şi pleacă vindecat în a 33-a zi de boală ospitalizat de 27 zile. Rezultatul obţinut? IA doua zi după începerea tratamentului mixt, defervescenţă bruscă, ameliorarea subiectivă şi obiectivă evidente. Fenomenele clinice regresează complect în 4 — 5 zile, numai redoarea cefei persistă un timp mai îndelungat, 15 — 25 zile.

Leucocitele din L. C. R. scad brusc în primele 2 — 3 zile după începerea tratamentului, ajungând dela 6000-30.000 la 40 — 50 celule pe mmc. Apoi scădrea se face mai lent, o uşoară reacţie citologică mai persistă încă 10—15 zile. (între 10 — 20 limfocite pe mmc.).

Meningococii dispar din lichid după 2 — 3 zile şi nu mai cresc pe medii încă de a doua zi. Grafic 1,2,3,

Cazurile 4 şi 5 au fost mai uşoare. S'a făcut şi aci la început o injecţie unică de ser. A. M. 60 cc., concomitent cu instituirea sulfamidoterapiei. Vindecarea clinică şi normalizarea L. C. R. s'au făcut mult mai rapid decât în primele cazuri: 9 — 11 zile. Iată observaţiile:

Obs. 4. G. M. 13 luni, 9,500 kgr. Vine a 5-a zi de boală. L. C . R. turbure 7600 celule pe mmc.,predomină polinuclearele, în sediment rari meningococi intra şi extra celulari. Ser A. M. 60 cc. în prima zi. Dagenan 1 gr. pe zi (4x1/2 tabletă) 7 zile. Vindecarea clinică 4 zile după începerea tratamentului şi nu se mai găsesc meningococi.

In a 6-a zi de tratament, copilul a avut scaune diareice cari nu au mai reapărut după suprimarea Dagenanului. Evoluţia elementelor din L. C. R. se vede în grafică. Vindecare a 16-a zi de boală ospitalizare 11 zile.

Obs. 5. D. C. 2 ani jumătate. 11.300 kgr. Vine a 6-a zi de boală. Dureri abdominale, vărsături, redoarea cefei. Artrită purulentă a articulaţiei radiocarpiene stângi cu diplococ gram negativ. L. C. R. turburare, 1320 celule pe mmc., meningococi în sediment. Injecţie unică de ser A. M. 60 cc. i. m. Dagenan 1.5 gr. pe zi (3xo.50 gr) timp de 3 zile şi 0.25 gr (1x½ tabl) timp de 2 zile. A doua zi defervescenţa bruscă, fenomenele clinice cedează aproape complect. Vindecat în a 14-a zi de boală. ospitalizarea 9 zile. Grafic 4—5.

A doua grupă o formează 3 cazuri în cari s'a făcută în primele zile numai ser. Intr'unul din ele (Obs. 6) s'a instituit Eubasin din cauza apariţiei boli serice, ce făcea imposibilă continuare seroterapiei; fiind o formă foarte uşoară şi neavând un număr suficient de examene făcute nu poate intra în discuţie.

Rămân celelalte două cazuri. Primul (Obs. 7) este o formă foarte gravă venită în a 4-a zi dela debut. M. N. 4 ani şi jumătate. 13 kgr. Este somnolent, geme încontinu, nu răspunde la întrebări, hipertonie musculară generalizată, reflexele ostiotendinoase abolite, reflexele palpebrale abolite, convulsii. L. C. R. purulent, 12.200 celule pe mmc., polinucleare, numeroaşi meningococi intra şi extra celular. Ser. A. M. 40 cc. intrarachidian. A doua zi 40 cc. ser a. m. intrarachidian şi 40 cc. intramuscular, se administrează acest dozaj în mod identic încă 4 zile; în total în 6 zile = 440 cc. A treia zi dela începutul tratamentului, fenomenele clinice neameliorându-se şi leucocitele din L. C. R. fiind mai numeroase decât la internare (22.400) se dă Dagenan câte 2 gr. (4xo,50) în primele două zile şi 1,50 gr (3xo,50) încă patru zile. A doua zi după începerea tratamentului cu Dagenan, leucocitele scad la 3220. După 3 zile de tratament bolnavul e conştient. răspunde la întrebări, se alimentează bine, e mai puţin agitat, redoarea muşchilor cefei a diminuat. Din când în când, contracţii tonico-clonice în muschii braţului stâng Vindecarea continuă rapid şi copilul este sănătos după 13 zile de boală. Durata spitalizării: 18 zile.

Pentru aînlătura posibilitatea obiecţiunei că la efectul favorabil produs după instituirea sulfapridinei, ar fi putut contribui şi serul ce a fost injectat şi după începerea sulfamidoterapiei, în cazul ce urmează am procedat astfel:

Obs. 8 S. P. 6 ani, 18 kgr Vine în a 8-a zi de boală. Starea generală gravă: somnolent, obnubilat complect, în opistotonos. L. C. R. turburare, 1800 celule pemmc. 84 % polinucleare, numeroşi meningococi intra şi extra celulari. 60 cc. ser. A. M. intramuscular, apoi încă 4 zile câte 50 cc. i. m. + 10 i. r. în total 300 cc. După 6 zile de tratament seroterapic, febra persistă, redoarea muschilor cefei e încă foarte accentuată, lichidul C. R. este turbure, leucocitele după o perioadă de scădere au tendinţa să crească şi meningococii încă persistă. Se întrerupe complect seroterapia si se dă Dagenan 1 gr. pe zi (x 1/4 tablet) timp de 2 zile. Cu toată cantitatea redusă şi cu tot impul extrem de scurt de administrare, febra scade chiar a doua zi, celelalte fenomene clinice se ameliorează rapid la fel şi numărul lecocitelor din L. C. R. a patra zi dela inceputul tratamentului cu Dagenan nu se mai găsesc meningococi în lichid. Copilul pleacă vindecat a 33-a zi de boală. Durata ospitalizării: 28 zile.

Concluziile ce se desprind sunt următorele: în cazurile tratate cu sulfapiridină şi ser, remarcăm o vindecare rapdă a meningitei cerebro-spinale, nu numai în formele uşoare, ci şi în cele grave. Nu acelaş lucru se poate spune despre bolnavii gravi care au fost trataţi dela început numai cu ser: atât timp cât se administra numai ser. A. M. nu am observat o evoluţie favorabilă a bolii, pentruca apoi imediat după intervenţia sulfapiridinei să se producă o vindecare rapidă. Reese deci că evoluţia favorabilă. în cazurile tratate simultan cu ser şi sulfapiridină nu se datoreşte serului (acesta dovedindu-se singur ineficace în cazurile grave). nu se datoreşte nici asocierii serului cu sulfapiridină (Obs. 7) ci numai sulfapiridinei singure (obs. 8). Pentru a dovedi cu certitudine acest lucru, a doua serie de 9 cazuri a fost tratate numai cu sulfapiridină (4 cu Dagenan şi 5 cu Eubasinum). Din cele 9 cazuri, 4 au fost forme uşoare, 3 medii şi 2 grave, din care unul cu o septicemie meningococică.

In cazurile uşoare (obs. 9, 10, 12) şi

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICATIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTRITELE REUMATICE
SI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 şi 20 Tablete

PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ŞI IEFTINĂ IN:

INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ŞI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :

Fiole a 1 cmc. conţinând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conţinând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI 67 TEL. 4.98.08

medii obs. (13, 14, 15,) s'a dat între 8-16 ctgr. pe kgr. corp. Doza inițială a fost fie menținută tot timpul tratamentului, fie scăzută progrsiv, după ce ne-a convins că nu este necesară mult timp menținerea dozelor mari.

Durata tratamentului a fost între 2-12 zile, servindu se ca indreptar evoluția semnelor clinice și a elementelor din lichidul cefalorachidian. Intr'un singur caz (obs. 9) am dat la inceput o doză mai redusă: 4, 5 ctgr. pe kgr. corp, care a trebuit să fie apoi crescută. Scăderea foarte lentă a leucocitelor din lichid și regresiunea relativ tardivă a turburărilor clinice, ne-au arătat că acest mod de a proceda nu este cel bun. Rezultatele obținute au fost următoarele:

In 1—2 zile după începerea tratamentului, febra scade brusc, semnele clinice dispar după 3—4 zile, persistand mai mult timp numai o ușoară redoare a mușchilor cefei. Numărul leucocitelor din lichid scade vertiginos: astfel în 2—3 zile ajunge dela 3000—5000 la 200—300, urmează o scădere lentă cu normalizare după 10—15 zile. In unele cazuri persistă 10—20 zile o reacție limfocitară redusă (20—50 celule) cari nu necesită administrare de sulfapiridină. Meningococii dispar complect după 2-3 zile, însă își pierd viabilitatea încă din a 2-a zi, căci deși îi găseam foarte rar în lichid, totuși nu mai creșteau pe mediile însămânțate.

Obs. 9. V. S. 3 ani, 11 kgr. După o evoluție de 20 zile cu febră, otită medie supurată bilaterală și reacție meninge care fusese pusă pe seama otitei, în L. C. R. 6—700 leococite, repetate însămânțări sterile, nimic în sediment după centrifugare; isbutim să cultivăm din L. C. R. în a doua zi de boală un meningococ ce a crescut în colonii foarte rar. Se administrează Dagenan 0,50 gr. timp de 3 zile, apoi în zilele ce urmează câte 0,75 gr., 1 gr. și iar 0,50 gr. A. 4-a zi de tratament este afebril, în lichid 330 celule, fără microbi. Copilul pleacă vindecat a 7-a zi de boală. Ospitalizare 31 zile.

Obs. 10. P. F. 3 ani, 12,500 kgr. Vine în a 7-a zi de boală cu semne clasice. L. C. R. opalescent 2880 celule pe mmc. 85% polinucleare neutrofile, numeroși meningococi. Se dă Dagenan 6 zile: 2 gr. în prima zi (4x0,505), 1.50 gr. (3x0,50) în ziua 2-a și a 3-a, 1,25 gr. în a 4-a zi, câte 1 gr., în ultimile 2. Vindecare rapidă. Pleacă sănătos în a 19-a zi de boală, după 13 zile de ospitalizare.

Obs. 11. B. M. 1 an jumătate, 9 kgr. Vine a 13-a zi de boală, cu febră, vărsături, diaree,redoare a mușchilor feței. L. C. R. limpede, Pandy slab +, 320 celule mmc. meningococ în culturile din L. C. R. Dagenan: în prima zi 0,75 gr. (3x1/4 tabl), a doua zi 1 gr. (4x1/4). Defervescență bruscă adoua zi după începerea tratamentului, dispariția fenomenelor clinice. L. C. R. limpede, nu se găsesc microbi. Pleacă vindecată în a 18-a zi de boală. Ospitalizare 5 zile.

Obs. 12. C. E. 2 ani jumătate, 12 kgr. se internează în a treia zi de boală. L. C. R. turbure, 4000 celule pe mmc. 88% polinucleare, rari meningococi intra și extra celulari. Eubasinum 1 gr. pe zi. (4x½ tab) timp de 9 zile. A doua zi după Eubasinum, febra scade brusc sub 37,0, fenomenele clinice se ameliorează mult. Pleacă vindecat după 18 zile de boală și 16 zile de ospitalizare.

Obs. 13. V. E. 1 an și 4 luni, 7.300 kgr. a 5-a zi deboală, varsă, e foarte agitat. L. C. R. turbure, numeroși meningococi intra și extra celulari. Se dă Dagenan câte 0,75 gr. pe zi (6x1/4 tabletă) timp de 12 zile. Lichid steril a 4-a zi după începerea tratamentului.

Obs. 14. C. T. 1 ani și 5 luni, 10,200, bolnav de 3 săptămâni, starea febrilă. Mama nu a observat alt fenomen obiectiv sau subectiv. E somnolent de două zile. La internare: ușoară redoare a mușchilor cefii găsim, 92% polinucleare neutrofile, meningococi în lichid. Dăm Eubasinum, agitat, strabism convergent bilateral. L. C. R. opalescent, 5440 celule 0, 75 gr. pe zi (6x1/4 tabl) timp de 11 zile. A doua zi după începerea tratamentului e afebril, peste 2 zile dispar foarte rari meningococi. Pleacă vindecat după 39 zile de boală. Ospitalizare 18 zile.

Obs. 15. G S. 14 ani., 32 kgr. bolnavă de 4 zile, redoare a muschilor cefei, fotofobie, peteși diseminate pe tot corpul. L. C. R. turbure, 940 elemente pe mmc. 94% polinucleare neutrofile, care are meningococi intracelulari. In seara internării 1 gr. dintr'odată, 2 zile câte două grame (4x1 tabl.), 2 zile 1,50 gr. (3x1 tabl.), și alte 3 zile 1 gr. (2x1 tabl.), în total 8 zile. A treia zi după administrarea Eubasinului, defervescență completă, turburările clinice au cedat, în afară de redoarea cefei. La terminarea tratamentului, L. C. R. limpede, Pandy slab pozitiv 171 limfocite pe mmc., nu se găsesc meningococi. Copilul pleacă vindecat a 19-a zi de boală după o ospitalizare de 14 zile.

In două cazuri foarte grave am dat numai sulfapiridină. Primul (obs. 16) I. S., un sugar de 8 luni, 6,500 kgr. vine în a 6-a zi de boală: agitat, fontanela anterioară bombează, a avut convulsii de mai multe ori, starea generală gravă. L. C. R. tulbure 25,600 celule pe mmc., 94% polinuclere neutrofile, în sediment după centrifugare și pe mediile însămânțate: meningococi. Se dă Eubasinum în prima zi de internare (12 ore) 0, 50 gr., a doua zi 1 gr. (4x½ tabl.), și apoi 5 zile câte 0,50 (4x1/4 tabl.), a treia zi dela începerea tratamentului, febra scade brusc cu 2,0 ,copilul începe să se alimenteze bine fontanele bombează f. puțin. In a 4-a zi nu se mai găsesc meningococi în L. C. R. culturile rămânând sterile. A 14-a zi de boală (la câteva zile după terminarea tratamentului), L. C. R. e limpede, Pandy negativ, 23 celule pe mmc. elemente limfocitare. Copilul pleacă vindecat după 15 zile de boală. A stat în spital 9 zile.

Al doilea caz a fost o formă septice mică. G. M. 2 ani, 11,400 kgr. s a îmbolnăvit cu o zi înainte brusc, cu febră, somnolentă. In ziua internării erupția purpurică generalizată. Copilul este complect inert, extremitățile șibuzele cianotice. Erupție purpurică formată din elemente demărimi variabile, grupate mai ales pe membre. Puls foarte rapid, nu se poate număra, abia perceptibil. Reflexele cutanate, osteotendinoase și oculare prezente. Nu are redoarea cefei. L. C. R. turbure, 3810 celule pe mmc., 95% polinucleare, numeroși meningococi intră și extra celulari. In primele 24 ore, 1,50 gr. Eubasinum (6x½), apoi 4 zile câet 0,75 gr. (6x1/4 tabl) 3 zile 0,50, gr. (4x1l4) și în ultima zi 0,25 gr. (2x1/4).A doua zi după administrarea Eubasinului, febra scade brusc, copilul își recunoaște mama, vorbește. Apare o ușoară redoare a cefei. După 4 zile de tratament, starea generală e foarte bună, erupția purpurică a început să pălească. In L. C. R. 1460 mai găsesc foarte rari meningococi, însămânțările rămânând sterile. Meningococi mai persistă foarte rar până în a 9-a zi de boală. După 16 zile, copilul este vindecat.

Observațiile au fost deci bune și în aceste cazuri grave.

Comparând rezultatele obținute în cazurile în cari s'a asociat la sulfapiridină, serul A. M., cu cele în cari s a dat numai sulfapiridină, nu observăm nici o deosebire în ceeace privește evoluția clinică și evoluția citologică și bacteriologică a L.C.R., ceeace ne face să conchidem că în cazurile tratate și cu ser, rezultatele bune obținute, nu se datoresc, acestuia, sau asocierii serului ca sulfapiridină, ci sulfapiridinei singure.

Această convingere e bazată și pe lipsa de eficacitate a serului în cazurile grave, cazuri în care sulfapiridina singură a dat rezultate strălucite.

Tratamentul cu sulfapiridină fiind introdusă relativ de scurt timp este necesar să discutăm normele sale de aplicare. Pentru a obține un efect optim, trebue ca sulfapiridina să ajungă în contact cu focarele de in-

fecţie. In meningita cerebrospinală există două focare mari: corticomeningele şi lichidul cefalo-rachidian. Meningele împreună cu zonele corticale învecinate, formează focarul principal: el întreţine infecţia şi este punctul de plecare al meningococilor care invadează L. C. R.-ul. Aceasta joacă rolul unui mediu de cultură favorabil multiplicării meningococilor şi serveşte ca vector al acestora.

Din punct de vedere topografic, principalele zone de infecţie sunt spaţiile sub-arachnoidiene dela nivelul calotei, cisterna bazală, cavităţile ventriculelor şi canalul rachidian.

Trebue deci asigurată prezenţa sulfapiridinei în cantitate suficient de mare şi în cât mai scurt timp la nivelul focarelor superioare şi în lichid. Prima pornire a fost să se ocolească bariera hemato-nevraxială şi să se introducă sulfapiridina direct intra-rachidian, însă cercetările experimentale făcute pe om de Säkex a arătat că:

1. concetraţia unei diluţii de sulfapiridină injectată intra rachidian, la nivelul coloanei lombare, sau chiar suboccipital, scade vertiginos după 2i3 ore.

2. La nivelul cisternei bazale, în acest intreval de timp nu ajunge de cât 1/10 din cantitatea de sulfapiridină injectată intra-lombar.

3. La 1/4 de oră după injecţia intrarachidiană, sulfapiridina apare în sânge, unde concentraţia ei creşte extrem de repede. Aceasta înseamnă că difuzibilitatea sulfapiridinea în spaţiile sub aracnoidiene după injectarea intrarachidiană, e practic foarte redusă, din cauza vitezei mari cu care este resorbită. Deci sulfapiridina nu poate acţiona decât asupra focarului din canalul rachidian şi aceasta numai pentru scurt timp. In cazurile când sulfapiridina a fost administrată exclusiv intrarachidian, acţiunea ei favorabilă se explică astfel: sulfapiridina rezorbită în sânge, ajungând cu acesta la nivelul meningelor, trece din nou în L. C. R. şi abia astfel se obţine o concentraţie omogenă la nivelul tuturor focarelor de infecţie. Trebue să recunoaştem că este o complicaţie inutilă să injectăm sulfapiridina în canalul rachidian, pentruca că ajungă abia pe cale sanguină la nivelul cortexului şi al ventriculelor. Aceste consideraţiuni se aplică atât sulfapiridinei cât şi sulfamidelor în general.

Prima condiţie a indicaţiei aplicării intra-rachidiene — *difuzibilitatea* — nefiind îndeplinită, să vedem dacă o îndeplineşte pe a doua: Tolerabilitatea. E suficient să răsfoim literatura recentă pentruca să ne convingem că injecţiile intrarachidiene de sulfapiridină solubilă: Soludagenan, Eubasinum solubile etc., au dat naştere la accidente nervoase din cele mai neplăcute: parestezii şi paralizii ale extremităţilor, unele trecătoare, altele nu. pareze vezicale şi intestinale, slăbirea puterei de erecţie, sindrome de mielită transversă, fapte ce au determinat chiar pe susţinătorii cei mai fermi ai acestei metode să renunţe la ea.

Care este atunci calea cea mai favorabilă de administrare,

Unainimitatea autorilor consideră drept cale de elecţie: calea bucală. Numeroase cercetări experimentele au arătat că sulfapiridina este resorbită foarte repede la 4 ore după ingerare nu se mai găseşte nici o urmă în intestin. Concentraţia în sânge creşte rapid, atingând maximum după 4 ore dela ingerare: dacă doza iniţială este masivă, concentraţia maximă se stabileşte şi mai repede. Trecerea din sânge în L. C. R. se face încă din primele ore, ajungând la maximum după 6—8 ore. Concentraţia sulfapiridinei din lichid atinge cam 50—10% din concentraţia sanguină prin administrare adecuată, această concentraţie poate fi menţinută cât timp e necesar. Unii autori susţin chiar că sulfapiridina şi sulfamidele în general ar suferi o activare în urma trecerii lor prin ficat. La copii mici pentru administrarea per os, putem să recurgem în unele cazuri la ajutorul sondei faringiene, sau nazale. Calea parenterală intramusculară sau intravenoasă va fiutilizată numai atunci când: a) sulfapiridina nu poate fi dată pe gură: imposibiliate de a ingera, în comă, neputinţa de a se rezorbi în intestin, vărsături, diaree; şi b) în cazurile foarte grave în primele 24—48 ore, când trebue să obţinem cât mai repede o concentraţie maximă a sulfapiridinei în sânge şi în lichidul cefalorachidian.

Ce cantitate dăm? Era necesar să se sabilească un criteriu de administrare a cantităţii de sulfapiridină şi astfel s'au făcut câteva scheme de tratament, din cari cele mai cunoscute sunt ale lui Long şi Bliss, a lui Gnospelius, Banss, etc. Unii calculează cantitatea după vârstă, majoritatea însă după greutatea pacientului. Acest ultim procedeu este mai fiziologic, dacă ţinem seama că se urmăreşte în prilul rând obţinerea unei concentraţii X a sulfapiridinei în organismul bolnavului. La calculare trebue să ţinem seama de două fapte: 1) sulfapiridinele sunt egal de active şi în cantităţi mai mici decât sulfamidele şi 2) copii tolerează foarte bine cantităţi relativ mai mari de sulfapiridină decât adulţii.

Cum dăm sulfapiridina? Dozele iniţiale să fie masive, meningococul este astfel siderat şi durata tratamentului, deci şi doza de sulfapiridină este micşorată. Lelong spune textual: «trebue lovit cât mai repede posibil, cu cea mai mare forţă iniţială posibilă şi în cât mai scurt timp posibil».

Cât timp menţinem cantitatea calculată iniţial? 2—3 zile indiciile cari ne permit să trecem în perioada de dozaj iniţial forte, în a doua perioadă a dozelor progresive reduse sunt:

1. Ameliorarea clinică evidentă: defervescenţă, cedarea semnelor meningee.

2. Scăderea bruscă a leucocitelor în L. C. R.

3. Dispariţia completă, sau apoape completă a meningococului din L. C. R.

In a doua perioadă scădem dozele progresive: două trei zile dăm 2/3 din doza iniţială, apoi încă 2—3 zile 1/3 din doza iniţială. Cu un dozaj corect durata unui tratament cu sulfapiridină nu trebuee să treacă peste 9 zile, când gravitatea cazului necesită în primele 24—48 ore administrarea parenterală — de preferinţă intamusculară — a sulfapiridinei, atunci cantitatea de sulfapiridină injectată trebue să *echivaleze cu cantitatea ce s'ar fi dat per os* în 3—4 reprize în 24 ore. Aceste fapte au o importanţă *capitală* pentru succesul tratamentului, mai cu seamă că există de multe ori convingerea *profund greşită* că o cantitate mică în injecţie, echivalează cu o cantitate mare dată per os.

In ce ritm dăm sulfapiridina?

In mod unanim se admite că jumătatea din doza iniţială a primelor 24 ore, să se dea într'o singură dată, cu scopul de a facilita o acţiune cât mai rapidă. Restul dozei din primele 24 ore cât şi doza din cealaltă zi a perioadei iniţiale se dă divizată din 4 în 4 ore. Acest ritm trebue menţinut zi şi noapte căci numai astfel va rămâne constantă concentraţia sulfapiridinei în sânge şi lichid, condiţie sine qua non pentru a lucra în mod eficace.

In a doua perioadă de dozaj, putem da sulfapiridna mai rar: din 6 în 6 ore. Tabletele se dizolvă în puţină apă, şi după înghiţirea lor, e bine să dăm bolnavului să mai bea puţină apă pentruca să se antreneze şi particulele rămase eventual în gură sau faringe şi pentruca sulfapiridina fiind într'o cantitate mai mare de lichid să se resoarbă mai uşor şi mai repede. In caz că varsă, repetăm doza şi aveam grijă ca o, oră — 1½ oră după ce a luat sulfapiridina, bolnavul să nu mai bea nimic. Hidratarea necesară se va face

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREŞTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT – 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN – BUCUREŞTI III – TELEFON: **2.11.78**

în cele 2—3 ore dinaintea administrării dozării următoare.

Intrebuinţarea sulfapiridinei dă naştere la accidente?

Uneori da. Accidentele sunt de două feluri: unele beningne, neindicând întreruperea tratamentului şi altele grave necesitând suprimarea imediată a sulfapiridnei. Din prima grupă fac parte: ameţeala, anorexia, greţurile, vărsăturile, cianoza şi acidoza. Cianoza se produce prin combinarea sulfapiridinei cu hemoglobina. Pentru prevenirea acestei complicaţii e bine să se evite purgativele saline uzuale şi îngredientele ce conţin sulf. Acidoza se combate prin administrarea **sistematică** de bicarbonat de sodiu în cantitate egală cu eea a sulfapiridinei ingerate. Se fracţionează ca şi dozele de sulfapiridină dându-se în intervalul acestora. Ca accidente grave sunt consderate: febra sulfapiridinică, dermitele de tip divers, icterul, sindromele sanghine sau agranulocitare. Aceste complicaţii sunt din fericire extrem de rare, noi nu le-am observat niciodată, însă apariţia lor impune oprirea imediată a sulfapiridinei şi înlocuirea ei cu o sulfamidă simplă sau eventual cu ser antimeningococic. Pentru prevenirea apariţia fenomenelor grave, în special a celor sanghine, este de dorit să se urmărească de aproape evoluţia hemogramei în timpul tratamentului cu sulfapiridină şi câteva zile după terminarea acestuia.

O ultimă chestiune ce trebue precizată este aceea a punctiilor lombare. In urma inflamaţiei plexurilor choroide, cantitatea de L. C. R. secretată creşte şi se produc astfel turburări datorite în special compresiunea centrilor vegetativi: dispnee, glicozurie, etc. Prima indicaţie de evacuare a L. C. R. ar fi deci existenţa fenomenelor de hipertensiune. In afară de aceasta, Söker a dovedit experimentul că L. C. R. în meningita cerebrospinală este toxic pentru organism şi iritant petnru meninge prin exotoxinele şi prin produsele de metabolism cu sulfapiridină şi evacuarea zilnică a L. C. R. în primele 4—5 zile sau eventual atât timp cât persistă meningococii. După această perioadă punctiile servesc numai pentru urmărirea evoluţiei procesului infecţios şi pot fi făcute mai rar la 4—5 zile.

Concluzile ce se desprind din cele expuse mai sus arată că tratamentul cu sulfapiridină al meningitei cerebrospinale, constitue un mare progres atât din punct de vedere al rezultatelor clinice obţinute, cât şi din punct de vedere practic: este uşor de administrat şi reduce considerabil cheltuelile de ospitalizare ale bolnavilor prin scurtarea evoluţiei bolii şi prin costul

CONTRIBUŢIUNI LA TRATAMENTUL SCARLATINEI PRIN COLORANŢI AZOICI

de Dr. ELENA ELIESCU
Medic secundar la Spitalul Grecescu T-Severin

In anul 1932 Klarer şi Mietsch au creat Prontosilul, iar în 1935 Domagk a pubicat rezultatele experimentale favorabile, pe care le-a obţinut cu el în streptococii.

In acelaş an Rubiazol-ul a fost studiat de către d-l Profesor Levaditi.

După aceste cercetări ştiinţifice s'a recunoscut că acţionează asupra streptocociilor şi stafilocociilor atât preventiv cât şi curativ.

Girard, Durel şi Gallix au întrebuinţat în gonococii (Buletin médical 2 Oct. 1937), la fel Dees şi Colston (The journal of The American Medical Association 29/VI/937).

R. Martin şi Delaunay în Presse Médicale din 6 Oct. 1937 au publicat un caz interesant de meningită purulentă cu streptococ hemolitic vindecat cu preparatele sulfamidice.

S'a întrebuinţat şi în meningită cu meningococ astfel că în Paris Médical din 16 Sept. 1937, Tiffeneau şi J. Mayer spun că meningita cerebro spinală se previne prin sulfamide.

Weil-Hallé, Mayer şi Tiffeneau în Bulletin et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 8 Nov. 1937 comunică un caz de vindecare cu sulfamide a unei meningite cerebro-spinale cu meningococ B.

Harold R. Bolhman preconizează întrebuinţarea în gangrena gazoasă şi declară de a fi avut rezultate strălucite (The journal of the American Medical Association 27 Iulie 1937).

Alţii au întrebuinţat cu succes în colibaciloză şi febră tifoidă.

Bazată pe aceste cercetări şi pe faptul că întotdeauna toţi autorii au găsit, fie în exudatele amigdaliene, în ganglioni, în sângele bolnavilor de scarlatină — streptococul — începând din anul 1937, am întrebuinţat preparatele sulfamidate în tratamentul scarlatinei dela declararea boalei şi în special atunci când s'au ivit complicaţiuni.

Am experimentat în special — Rubiazol-ul, care este mai eftin, pe un număr de 150 cazuri.

Voi reda câteva foi de observaţie, din care să se poată trage concluziunile necesare.

Observaţia No. 1

Copilul T. A. de 6 ani din Judeţul Mehedinţi.

Intră în spital, în plină erupţie scarlatiniformă cu starea generală foarte rea (temperatura ridicată, disfagie, delir,

Dela intrare i se administrează 4 pastile Rubiazol, timp de 3 zile, starea se îmbunătăţeşte — temperatura osciliază între 37,2 şi 37,8 — poate să înghită bine, numai deliriază, erupţia a dispărut. Se continuă încă 7 zile cu administrarea a 3 pastile pe zi de Rubiazol.

Boala a evoluat fără nici o complicaţiune.

Observaţia No. 2

Fetiţa N. I. de 10 ani din T. Severin.

Intră în spital în a 4-a zi de boală cu fenomene bucco-faringiene accentuate.

După 2 zile apare adenopatie angulo-maxilară, otalgii.

La apariţia acestor fenomene se începe imediat administrarea a 3 — 6 pastile de Rubiazol pe zi, continându-se acest tratament 7 zile.

După 3 zile dela administrarea Rubiazol-ului, toate complicţiunile dispar. Boala evoluează normal fără să se mai iveaască vre-o complicaţiune.

Observaţia No. 3

Elevul D. N. de 12 ani din T. Severin.

Intră în spital în a 10-a zi de boală. Prezintă febră, edeme generalizate, otită medie purulentă dreaptă.

In urină albumină, frecvente leucocite şi hematii în sediment.

A 2-a zi regiunea mastoidiană dreaptă dureroasă la palpare şi uşor tumefiată.

I se administrează o injecţie cu Rubiazol şi patru pastile per os.

A 3-a zi durerile mastoidiene diminuate, la fel diminuează şi tumefacţia, se continuă cu injecţii cu Rubiazol şi 4 pastile per os.

A 4-a zi fenomenele mastoidiene diminuate, la fel edemele, albumina scăzută.

După 5 zile fenomenele mastoidiene complet dispărute, albumina mult redusă, astfel că se dă numai per os 4 pastile pe zi.

După 10 zile de tratament cu Rubiazol atât nefrita cât şi complicaţiunile auriculare — mastoidita, complet dispărute, fără intervenţie chirurgicală.

Se mai administrează încă 3 zile «Rubiazol» câte 3 pastile pe zi, după care interval se sistează, boala evoluând normal fără să se mai iveaască vre-o complicaţie.

Observaţia No. 4

Elevul G. N. de 9 ani din T. Severin.

Intră în spital în plină erupţie. Prezintă otalgii, iar la examenul urinei un nor de albumină. După 48 ore dela intrare adenită angulo-maxilară, dureri mari

I se administrează 4 — 6 pastile Rubiazol pe zi per os.

După 3 zile toate complicaţiunile dispar, boala evoluând normal.

Observaţia No. 5

Copilul F. M. din jud. Mehedinţi de 5 ani.

Intră în spital în a 10-a zi de boală, în perioada de descuamaţie prezentând otită medie purulentă, oedeme accentuate şi tumefacţiei dureroase a articulaţiilor genunchiului.

In urină albumină, leucocite şi celule plate.

Se institue imediat injecţii cu Rubiazol, una pe zi şi 4 pastile de Rubiazol per os.

După 48 de ore albumina şi oedemele se micşorează, durerile articulare reduse.

Se constitue timp de 4 zile cu injecţii cu Rubiazol şi 4 pastile Rubiazol per os, iar după acest interval se dă încă 7 zile câte 4 pastile de Rubiazol. După 8 zile de tratament toate complicaţiunile dispărute şi boala evoluează normal.

Observaţia No. 6

Fetiţa D. R. de 3 ani din T. Severin.

Intră în spital cianotică, tiraj, comaj, febră 40,2, puls bradicard, oedeme generalizate, mastoidită.

La examenul secreţiei amigdaliene se constată în cultură bacilul Löffler.

Imediat se institue tratamentul cu ser antidifteric 30.000 U. şi injecţii cu Rubiazol 2 pe zi.

Se continuă acest tratament timp de 3 zile.

După 3 zile temperatura scăzută, difteria dispărută, oedemele diminuate, femomenele mastoidiene abolite.

Se continuă cu o injecţie cu Rubiazol pe zi plus 3 pastile de Rubiazol per os.

După 10 zile de tratament nu mai prezintă decât uşoară secreţie auriculară, care a dispărut după încă 4 zile de tratament cu Rubiazol per os 3 pastile.

Concluziuni

A) Bolnavi trataţi cu Rubiazol dela începutul boalei — 20, fără a se ivi vre-o complicaţie.

B) Bolnavi trataţi cu Rubiazol — după apariţia complicaţiunilor — 128. In toate cazurile ori cât de grav au fost complicaţiunile, au dispărut după 2 — 14 zile, fără a lăsa sequele.

C) La 2 bolnavi cărora tratamentul li s'a aplicat tardiv, după 3 săptămâni de boală, au rămas sequele.

D) Mortalitatea — z e r o —

Prin întrebuinţarea coloranţilor azoici — în cazurile mele Rubiazol — în scarlatină dela începutul boalei nu se iveşte nici-o complicaţiune.

II) Intrebuinţarea lor este obligatorie în toate complicaţiunile scarlatinei, întrucât după 2 — 14 zile de tratament toate complicaţiunile dispar.

III) Până la descoperirea acestor preparate, complicaţiunile scarlatinei făceau ravagii, lăsând uneori sequele cu repercursiuni asupra diverselor organe pentru întreaga viaţă. — Prin administrarea de «Rubiazol» s'a redus cu 98% numărul celor suferinzi.

IV) Se pare că preparatul «Rubiazol» ar fi special în tratamentul scarlatinei, întrebuinţarea lui fiind complet lipsită de nocivitate.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Medici morţi pentru Patrie

Printre medicii morţi la datorie, alături de trupele ce luptă, sunt şi următorii:

Dr. Cozma C. Constantin, medic căpitan;

Dr Găină G. S. medic sublocotenen în rezervă;

Dr. Popa Emil, medic locotenent în rezervă.

Conferinţa de la Ministerul Sănătăţii cu Inspectorii generali sanitari

A avut loc, la Ministerul Sănătăţii, sub preşidenţia d-lui prof. dr. Petre Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, conferinţa Inspectorilor generali Sanitari conducători de regiuni sanitare.

D-l Ministru prof. dr. Petre Tomescu a arătat scopul conferinţelor periodice cu Inspectorii Generali Sanitari: aceea de a stabili o legătură permanentă directă între Administraţia Centrală şi organele exterioare de pe teren, obţinându-se astfel o informare precisă a Centrului asupra condiţiilor de lucru a Serviciilor şi o informare directă a acestora, asupra problemelor şi preocupărilor actuale ale Ministerului.

Domnia Sa a expus noile îmbunătăţiri pe care le-a obţinut recent în ce priveşte salarizarea medicilor de toate gradele sublinîind că, medicilor din mediul rural li se vor acorda sporuri la cheltuelile de deplasare şi o primă de reşedinţă acelora de la Circ. sanitare aflate în rele condiţiuni din punctul de vedere al practicei profesionale.

Domnia Sa a arătat posibilităţile de extindere şi perfecţionare a Invăţământului Sanitar auxiliar rezultate din noul Decret Lege.

D-l ministru prof. dr. Petre Tomescu a arătat necesitatea de a se lărgi încă şi mai mult cadrul atribuţiunilor şi responsabilităţilor conducătorilor de servicii exterioare.

Intr'o serie de şedinţe ce au urmat, s'au citit şi comentat rapoartele tuturor Inspectorilor Generali Sanitari. In aceste rapoarte s'au analizat condiţiunile actuale în cari evoluiază toate problemele de sănătate publică în toate regiunile ţărei.

D-l Secretar General dr. I. Stoichiţia a expus următoarele probleme puse la ordinea de zi:

1. *Situaţia epidemiilor din ţară*, caracterizată prin posibilitatea unei extinderi a lor, datorită actualelor împrejurări prin care trecem şi cari necesită o deosebită atenţine din partea tuturor servicilor sanitare.

2. *Şcolile de învăţământ sanitar auxiliar*, organizate în toate părţile ţărei în condiţiunile prescrise de noul Decret Lege, au de scop să dea ţărei numărul de auxiliari ce ne e necesar în acest moment, auxiliari ce vor fi salariaţi mai bine ca în trecut.

3. *Situaţia clădirilor sanitare şi programul de construcţii*, necesită o atentă examinare, în vederea terminărei în primul rând a lucrărilor începute şi a fixărei unui plan de dotare cu instituţii a tuturor regiunilor ţărei.

4. *Descentralizarea Administraţiei sanitare*, deja realizată în parte prin deciziunile ministeriale din luna Aprilie a. c., urmează a fi încă şi mai mult lărgită, prin o extindere a atribuţiunilor şi responsabilităţei conducătorilor de servicii sanitare.

Proectul de descentralizare a fost amplu discutat, ajungându-se la cele mai practice soluţiuni şi alcătuindu-se proectul definitiv ce urmează a fi adoptat de către Minister.

De'a Colegiul medicilor

In şedinţa comitetului executiv al colegiului medicilor între altele s'au decis următoarele:

Conform art. 9 al. e) din legea de organizare a colegiului, medicii sunt obligaţi a prescrie medicamente numai pe recepte prevăzute cu timbrul sec al colegiului.

Coonform art. 42 din legea sus menţionată, medicii evrei vor îngriji numai bolnavi evrei.

S'au dat dispoziţiuni organelor de control să constate aceste abateri. spre a fi sancţionate, în conformitate cu dispoziţiunile prevăzute.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

NOTIȚE TERAPEUTICE

Dolantin în sughiț

Müller, Köln-Sülz
Ther. Gpwt. 1941, No. 2, pag. 94

Un bărbat de 47 de ani, care fusese tratat mai de mult pentru hipertonie și turburări stenocardice se plângea acum de un sughiț foarte chinuitor, care dura de mai bine de 24 de ore și au putea fi influențat prin metodele obicinuite. Omul mai suferise acum vre-o 12—14 ani de asemenea crize, cari duraseră mai multe zile. Se temea acum de «spasme sufocante», cum mai apăruseră ultima dată (în 1928). Tensiunea era de astă dată 225/150 mm Hg. Incolo, afară de o stare de excitație puternică nu se puteau constata simptome speciale de boală. M. prescrie Lumnal, câte 0.1 gr la fiecare 3 ore, până seara. In ciuda celorlalte metode împotriva meteorismului, pe care M. îl considera cauza sughițului, acesta a persistat neschimbat. M. a prescris atunci atropină. Dar turburările nu făceau decât să crească; în ziua a 4-a au fost încercate medicamente mai puternice (alcaloizi ai opiului și scopolamină); dar chiar în somn, sughițul persista. In cele din urmă, în starea de veghe au survenit accese de sufocație amenințătoare; injecția de scopolamină +alcaloizi ai opiului+efedrină nu a adus liniște decât pentru 5 ore, după care sughițul a reapărut mai violent. Acum, în a 7-a zi de boală, s'a dat 1 cmc de Dolantin subcutan (+¼ mgr scopolamină). Efectul s'a manifestat în cursul primelor ore următoare. Un acces mai moderat survenit în ziua următoare a fost înlăturat în 30 de minute cu 2 cmc de Dolantin (s. c.). Pentru siguranță, în ziua următoare s'a mai făcut o injecție de Dolantin. De atunci, de acum 10 luni, sughițul a dispărut.

Despre acțiunea analgezică a Dolantinului

H.—J. Kiessig și G. Orzechowski
Inst. Farm. Kiel: Schmerz, Nark. u. Anästh, 1940 vol. 13 pag. 49.

Pentru a controla experimental acțiunea analgezică a Dolantinului, s'a căutat întrucât Dolantinul poate suprima durerile, după excitara electrică a pulpei denare la câini. Cu această ocazie s'a constatat o diminuare netă a sensibilității dureroase datorită Dolantinului. Dolantinul are o acțiune asemănătoare cu a morfinei, deși, calculată după greutate, aceasta este de 9—10 ori mai slabă decât a morfinei. Dacă se cotrolează Dolantinul cu o altă metodă — înlăturarea durerii după aplicarea unei cleme la rădăcina cozii la șoareci — atunci 30 mg. pe kg. de greutate sunt suficiente, pentru a suprima reacția de apărare față de durerea provocată experimental, timp de ¾ de oră și pentru a alina durerea pentru încă o jumătate de oră. Au putut fi observate oarecari simptome centrale, ca fenomenul lui Straub la coada de șoarece, scâncet tare la câine, cu spasme ușoare, dar o acțiune narcotică netă nu a fost observată.

Experiențele clinice cu Padutin „Bayer"

Dr Eduard Popa
(Din Revista Spitalelor Oct. 1940

Popa a urmărit un număr de 60 de cazuri din care majoritatea în spital și în clientela particulară. Bolnavii prezentau simptome de hipertensiune arterială cu tot cortegiul de simptome (cefalce, vertige), datorite unor afecțiuni organice ale rinichilor, cordului precum și simptome de hipertensiune paroxistică determinate de instabilitatea vago-simpatică și de cauze endocriniene. La acest lot de bolnavi etatea a variat între 40—70 ani, tensiunea arterială fiind mx. 28—30, mn. 12—14. S'a făcut toate analizele pentru a exclude mai ales sifilisul și pentru a găsi adevărata cauză a acestor hipertensiuni. Odată ce s'a constatat cauza hipertensiunei, după ce s'a făcut tratamentul adjuvant acțiunei cauzale (rinichi, cord), s'a încercat și tratamentul cu Padutin (fiole de 1 cmc. și în picături) singur sau asociat cu Lacarnol picături.

Modul de întrebuințare: Tratându-se cauza primară a afecțiunii s'a urmărit tratamentul numai cu Padutin pentru a se face o consolidare a cauzei primare (rinichi-cord). S'au făcut serii de 15 fiole a 1 cmc. pe cale intramusculară la interval de o zi, cu pauză de o săptămână alternând cu Padutin în picături în doze de 30 gute pe zi. Săptămânal s'au făcut 5 fiole cu Padutin după care s'a dat un flacon Padutin a 10 cmc., în total 30 cmc.

1. La un lot de cca. 30 cazuri tratate, tensiunea arterială a scăzut dela 26—28 la 21—22. Aceasta chiar din prima serie de tratament. După o pauză de 3 săptămâni, tratamentul a fost reluat în acelas mod ținându-se tensiunea arterială săptămânal. Tratamentul făcut numai cu injecții în a doua serie a scăzut la 17-18. O săptămână după terminarea tratamentului cu injecții, s'a controlat tensiunea, constatându-se o ridicare a tensiunei. Din această cauză s'a completat tratamentul în injecții cu Padutin picături în aceleași doze ca în prima serie. In urma acestui tratament, tensiunea s'a stabilit menținându-se la 16—17 timp de 30—45 zile. La toți acești bolnavi nu li s'a administrat nici un medicament în tot acest interval de timp. Când au fost din nou revăzuți, nu mai prezentau nici un simptom clinic (vertige-cefalee), iar tensiunea se menținea ca înainte. Pentru a fi mai siguri, s'a completat tratamentul și cu Lacarnol în picături, pentru a obține consolidarea continuă a tensiunei sanguine. Acești bolnavi aveau etatea între 40—50 ani.

2. Al doilea lot de bolnavi, în etate de 60—70 ani, avea tensiunea arterială de 28—30, un caz peste 35, nemai putând fi înregistrată cu Vaquez-Laubry. Această tensiune excesivă se datora unor afecțiuni organice cronice : se institue tratamentul cu Padutin. La toți bolnavii s'au făcut analizele necesare, ținându-i totdeodată neîntrerupt sub observație. Tratamentul a fost și este continuu alternativ, adică Padutin fiole și picături cu Lacarnol picături.

După a doua serie de tratament, simptomele clinice menționate au dispărut, iar la doi bolnavi cari au avut și otoragie, tensiunea ajungând la 30, a scăzut la 22—24. După un tratament continuu de 3—4 luni, tensiunea a scăzut la 19—20 și se menține constant fără nicio tendință de ridicare. Este interesant cazul amintit mai sus cu tensiunea peste 30, care a scăzut la 18, menținându se constant la acest nivel.

3. La al treilea lot de bolnavi în număr mai mic (de 5—6), care prezentau fenomene de hipertensiune paroxistică de natură endocriniană (tiroidă suprarenală-ovar) s'a încercat pe lângă tratamentul hormonal și cel cu Padutin.

Urmărind bolnavii, s'a constat că tratamentul hormonal scade tensiunea în mod brusc, însă instabil. După câteva zile tensiunea revenea la punctul inițial. Instituind tratamentul cu Padutin și Lacarnol ca la bolnavii ceilalți, tensiunea a revenit la normal, menținându-se constantă. La acești bolnavi s'a ghidat în tratament după starea aparatului endocrinian și susceptibilitatea sistemului nervos.

Pe baza experiențelor clinice, se constată că Padutin este un antispasmodic cu acțiune lentă și continuă, menține tensiunea fără a produce vreo turburare subiectivă sau obiectivă. Lacarnol a contribuit a consolidarea rezultatelor reale obținute cu Padutin, acestea fiind superioare celor realizate prin preparate sintetice care scoboară tensiunea, dar nu reușesc să o mențină stabilă.

Domnii medici pot obține eșantioane și literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, București I. Tel. 3.92.86.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

In toate anemiile şi reconvalescenţă

FERCUPAR

TABLETE

(Fer, cupru, ficat şi vitamină B.)

SYNTHOESTRIN

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil — oxi $^{\text{alfa, beta}}_{\alpha\ \ \beta}$ — dietil — Stilben

acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop { Copii micii: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. — Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XIX No. 23 — 15 Lei Exemplarul — 1 Decembrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ
ASOCIAŢIUNEA
SIBIIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 250 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

CTU R97

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. DAN THEODORESCU: *Plăgile maxilo-faciale de război* . 305

Dr. D. TIMUŞ şi Dr. V. PETRESCU-COMAN: *Lactacidemia adrenalinică ca probă de explorare funcţională a ficatului la sugar şi copil* 308

Dr. C. ŞTEFĂNESCU: *Dermita cauzată de Euforbiacee* 310

REVISTA CĂRŢILOR

Prof. Dr. Cosăcescu: Tumori şi distrofii osoase; recenzie de **Profesor Dr. Iacobovici** 310

Pagina

ORGANIZAREA CORPORATIVĂ A MEDICILOR

Expunere asupra acestei probleme în colegiul general al medicilor: Cuvântarea D-lui Dr. Gh. Marinescu, Preşedintele Colegiului general al medicilor 311

Cuvântarea D-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale 311

Expunerea D-lui Prof. Mihai A. Antonescu, vice-preşedintele Consiliului de Miniştri 312

NOI NORME DE SELECŢIONARE A FARMACIŞTILOR

Modificări în legea sanitară; Examenul pentru concesiunea farmaciilor vacante 314

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Personalul Sanitar a binemeritat dela Patrie; Comisiunea pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase; Cursuri de iniţiere pentru medicii stagiari; Instituirea comitetelor de conducere ale colegiilor medicale din Basarabia şi Bucovina de Nord; Indemnitate specială pentru medicii dela ţară; Bursă la facultatea de medicină din Bucureşti; Curs de specializare. 316

Analgezic, antireumatic, antipiretic

NOVALGIN

Inlocueşte morfina chiar în cazuri grave de colită hepatică şi reumatică

In tablete, fiole şi flacoane picătoare.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentaţa generală pentru România
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86

IN TUSEA CONVULSIVĂ
IN ASTMUL CRONIC
IN EMFIZEM

FIOLE
CAPSULE
SIROP

EUCALYPTINE LE BRUN

CALMEAZĂ TUSEA
DĂ BOLNAVILOR O
SENZAȚIE IMEDIATĂ DE
BUNĂ DISPOZIȚIE

LABORATOIRES LE BRUN, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e)

PROFILAXIE DE POST-PARTUM ȘI A URMĂRILOR OPERATORII

MICTASOL BLEU

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Albastru de metilen . 0 gr. 02
Camfora monobromata 0 gr. 02
pentru un comprimat

MICTAZINE

Para-Amino-Fenil-Sulfamid . 0 gr. 30
Malva purpurea . . . . . 0 gr. 15
Bromură de camforă . . . . 0 gr. 02
pentru un comprimat.

MICTASOL

Malva purpurea . . . 0 gr. 25
Hexamethilen tetramin 0 gr. 05
Camfora monobromata 0 gr. 02
6 la 9 comprimate pe zi

MICTASOL SUPOZITORII

Malva purpurea . . . 0 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 25
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Stovaină . . . . . 0 gr. 01
1 până la 3 pe zi

MICTASOVULE

(Ovule cu Mictasol)
Malva purpurea . . . 1 gr. 50
Ichtyol . . . . . 0 gr. 50
Extract de Hyosciam . 0 gr. 05
Glicerină solidificată Q. S. pentru un ovul. 1 până la 2 pe zi

LABORATOIRES DU MICTASOL, 5, RUE DE LUBECK—PARIS (XVI-e

LITERATURĂ ȘI EȘANTIOANE LA CERERE:

DEPOZIT PERMANENT
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. BUCUREȘTI I, Str. Sf. Ionică No. 8

Myoston

Pe baza de adenosină phosphorică MAP.

Myotonic pentru destindere vasculară mai ales a circulației coronare. Profilaxie și tratament de Intreținere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacității de travaliu a cordului la bătrâni. Abuz de nicotină și cofeină.

In angina pectorală : 20 injecții intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac și gangrenă : zilnic 2=3 inj. 2 cc. Tratament de intreținere : 3=4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. și 2 cc Flac. 200 c.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI IRITAȚIUNI CUTANATE • ULCERE

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. și Talc

TUB MIC, MARE ȘI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ȘI TALC

ARSURI INTINSE PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANȚĂ PLĂGI ATONE OSTEOMIELITE

Se intinde ca pansament in strat gros sau se toarnă direct in cavitate

TUB 40 g., 100 g. ȘI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECRETIUNILE

IRITAȚIUNI SUPERFICIALE TRANSPIRAȚIE TOALETA SUGARILOR

CUTII METAL MICI ȘI MARI ȘI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

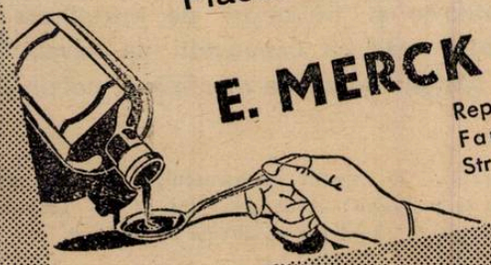
Codex S. A. R. Calea Șerban Vodă 41, București

Sirop de Ephetonină Merck

(contra tusei)

In tuse, tuse convulsivă, bronșite,

Flacoane cu aprox. 100 și 170 gr.



E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanța generală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk No. 32

Prominal

Antiepilepticul cu efectele Luminal-ului fără simptome deprimante.

Ambalaje originale:

Tub cu 10 și flacon cu 50 tablete de 0,2 gr.

In hipertensiuni, nevroze vasculare, Basedow, tuse convulsivă

PROMINALETTEN

Efect spasmolitic tipic fără cea mai mică influențare a puterii de muncă și a activității intelectuale.

Ambalaje originale: Flacon cu 30 buc. de 0,003 g.

»Bayer«
LEVERKUSEN a. Rh.

E. Merck
DARMSTADT

«KOMIGEFA» S. A. R. — București I
Str. Brezoianu 53, Tel. 3.9285 și 3.9286

„CHIMIROMAN"
București I, Str. Th. G. Masaryk 32

Anul XIX No. 23 — 15 Lei Exemplarul — 1 Decembrie 1941

ROMÂNIA MEDICALĂ

Plăgile maxilo-faciale de război

de Prof. Dr. DAN THEODORESCU

Toate războaiele întâmplate în secolul nostru au arătat o constantă creştere a rănirilor maxilo-faciale. Explicaţia stă în mijloacele de luptă, cari şi-au mărit extraordinar puterea agresivă şi cea de distrugere.

In războiul din 1914, franco-belgienii

Fig. 1. a. — Plagă anfractuoasă interesând obrazul stâng şi planşeul bucal. Fractură mandibulară bilaterală cu pierdere de substanţă. Căderea fragmentului median al mandibulei. Edem al limbei şi turburări respiratorii.

au avut numai în primele nouă luni 56000 răniţi maxilo-faciali. In armata germană, au fost în războiul trecut, citez după prof. *G. Axhausen, 108.254* răniri maxilo-faciale, reprezentând un procent de 5,4, din cari 1,5% răniri la maxilare şi 3,9% la faţă.

Aceste constatări au determinat ca'n armata germană numărul stomatologilor să fie mărit. De unde la 1907, organizarea lor prevedea un stomatolog la un corp de armată, la 1917 s'a dat câte un stomatolog pentru fiecare divizie; iar la spitalele de evacuare numărul lor a fost ridicat la şase.

La noi aceşti răniţi au fost îngrijiţi la Clinica stomatologică dela spitalul Colentina, încadrată ca spital de chirurgie maxilo-facială Z. I. No. 342.

Locul unde răniţii maxilofaciali trebue să să fie îngrijiţi

Părerile sunt variate. Unii, ca *Palazzi* (războiul din Abisinia), *Reichenbach* (războiul actual din Polonia şi pe frontul din Vest), *Matumoto* (războiul din China), bazaţi pe experienţa lor, susţin că aceşti răniţi să fie îngrijiţi în formaţii sanitare înaintate, cât mai aproape de front. Alţii, însă, ca *Pichler, Lindemann, Hofrath* sunt pentru tratamentul lor în spitale de specialitate din zona interioară.

Nici la spitalul de campanie şi nici la cel de armată nu există mijloacele necesare pentru asemenea îngrijiri. Şi chiar dacă ar fi, aglomerările mari de răniţi şi timpul foarte scurt nu permit decât o îngrijire provizorie a maxilofacialilor. De altfel, mecanizarea actuală a armatei permite transportul lor rapid. Răniţii, în afară de cazurile

Fig. 1 b. — Rezultat după imobilizarea fracturii prin atele de metal cu tracţiune elastică intermaxilară şi sutura părţilor moi.

când au fost duşi în alte spitale, ne-au venit după front destul de repede, uneori la două zile dela rănire transportaţi fiind cu avionul.

Primele îngrijiri în rănirile maxilo-faciale. O îngrijire de specialitate propriu zisă nu este posibilă pe câmpul de luptă. Aci medicul, care lucrează în condiţiuni excepţional de grele cu riscul vieţii sale, are de dat îngrijiri urgente. In rănirile maxilo-faciale, aceste îngrijiri au în vedere trei complicaţiuni:

1. — **Hemoragia.** O sângerare mai mică se poate opri prin tamponare. Dacă nu reuşeşte, este nevoe ca să se aplice o pensă pe vasul care sângerează. In acest caz, primul gest este

Fig. 2. a. — Plagă transversală a feţei cu fractura maxilarului superior.

compresiunea pe carotida primitivă ceace ne dă răgaz ca să desfacem plaga şi să aplicăm pensa. Dacă, nici astfel, nu merge, atunci, numai ligatura carotidei externe poate salva rănitul. Dar, acest lucru cere extremă rapiditate, mijloace şi pregătire din partea medicului. Printre răniţii trimeşi la noi n'am văzut nici un caz de ligatura carotidei făcută pe front.

2. — **Asfixia.** In fracturile bilaterale sau în cele cu sdrobirea porţiunii mijlocii a mandibulei, limba, lipsită de inserţiile ei, se prăbuşeşte şi astupă faringele. Prin eforturile disperate pe care rănitul le face pentru a căpăta aer, limba este şi mai mult înfundată şi, astfel, aspirând în vid, rănitul se asfixiază. In acest caz, limba trebue trasă şi fixată printr'o aţă, setolină sau sârmă de pansament, de haină sau printr'un dispozitiv de capela ră-

nitului. S'au văzut cazuri când rănitul s a salvat singur trăgându-şi limba cu degetele. Aceşti răniţi trebuesc transportaţi şezând.

Uneori, nici tracţiunea limbii nu înlătură asfixia. Acest lucru se întâmplă din cauza unui edem sau hematom cum se observă în plăgile limbii şi ale planşeului bucal sau prin pătrunderea sângelui în căile respiratorii. Traheotomia trebue imediat făcută. Numai ea poate salva rănitul. Un singur rănit ne-a venit traheotomizat.

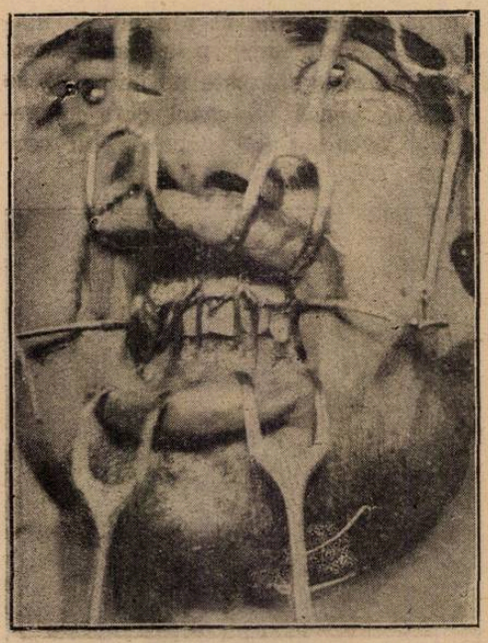


Fig. 2 b, — Imobilizarea maxilarului superior, foarte mobil, printr'un dispozitiv pe cap. Tracţiune intermaxilară pentru ocluzie

3. — **Şocul.** Prin turburări ale sistemului vegetativ şi prin acţiune toxică traumatismul poate să provoace la aceştia o stare de şoc. Aspectul şi tratamentul sunt cunoscute. O hemoragie concomitentă agravează această stare. In plăgile maxilo-faciale însă o hemoragie nu poate rămâne neobservată.

Clasificarea plăgilor maxilo-faciale. Plăgile de războiu se pretează greu la o clasificare din cauza diversităţii leziunilor. O clasificare, totuşi, cu riscul de a fi incompletă este necesară pentru lucrările de clasare şi pentru statistică.

1. — După *direcţie* aceste plăgi pot fi *transversale* sau *sagitale*. Acestea din urmă sunt mai rare din cauza procentului mai mare de mortalitate.

2. — După *regiunea* topografică care este interesată.

3. — După *aspectul anatomic*. Astfel, avem:

a) — **Plăgi în şanţ.** Sunt plăgi tangenţiale, mai des observate în regiunea genio-maseterină. Foarte des peretele obrazului este interesat în toată grosimea lui.

b) — **Plagă în seton.** La faţă întâlnim rar adevărate setoane din cauza puţinei grosimi a părţilor moi. Am observat *setoane multiple*, o adevărată însăilare a regiunilor scapulo-cervico-facială.

c) — **Plagă cu orificiu unic sau dublu.** Prima, o plagă în fund de sac, de o gravitate mare, când este în aproprierea vaselor mari ale gâtului. Uneori, poate conţine proectile de mărime impresionantă.

Plaga cu dublu orificiu prezintă aspectul cunoscut. Obişnuit, plaga de eşire este cu mult mai mare. Acest lucru se datoreşte schimbării direcţiunii proecilului, diformării lui, la acţiunea lui traumatizantă adăugându-se şi aceia a fragmentelor osoase şi dentare devenite tot atâtea proectile.

d) — **Plagă cu distrugere.** Aci este vorba de delabrări mari, de pierdere de substinţă. Uneori, plaga formează o singură cavitate cu cea bucală, nasală şi chiar faringiană dând, astfel, unul din cele mai dramatice aspecte ale rănirilor de războiu.

In spitalul Z. I. 342 am avut internaţi 450 răniţi. Rănirile lor se repartizează astfel:

Fig. 2 c. — Fractura consolidată. Ocluzie dentară normală.

239 de fracturi la maxilarul inferior (53,1%);

56 fracturi la maxilarul superior (12,4%);

36 fracturi la ambele maxilare (8%);

117 cazuri de plăgi ale părţilor moi, fără leziuni osoase (26%).

Tratamentul. Dela început trebue spus că'n tratamentul acestor plăgi nu s'a ajuns la o atitudine unitară. Deosebirea se găseşte atât în ceace priveşte prioritatea tratamentului leziunilor părţilor moi sau leziunilor osoase, fie în ceace priveşte momentul terapeutic cel mai potrivit.

Leziunea părţilor moi. In războiul trecut s'a intrat, după indicaţia lui *Ernst von Bergmann*, cu o concepţie conservatoare. Rezultatele au fost rele. Intervenţia chirurgicală rapidă a schimbat mersul acestor plăgi. Metoda se datoreşte lui *Friedrich*, care a arătat experimental că excizia plăgii în primele 8 ore salvează majoritatea animalelor, ceace nu s'a putut obţine cu nici un antiseptic.

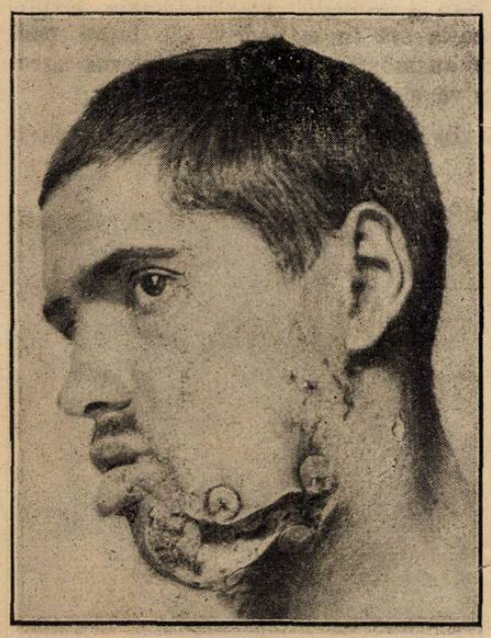


Fig. 3 — Plagă intensă interesând buza inferioară şi părţile moi perimandibulare. Fractura mandibulei cu pierdere de substanţă osoasă. Sutură parţială prin fire profunde legate pe plăcuţa de metal.

Si'n războiul trecut, ca şi'n cel actual, plăgile maxilo-facile, cu tot intervenţionismului lui *Axhausen* şi *Wassmund*, au făcut, într'o măsură oarecare, excepţie dela regula de imediată intervenţie. *Lindemann spune* că intervenţia precoce este rea. *Pichler* dă prioritate tratamentului protetic al leziunilor osoase fără să conteste cu totul valoarea intervenţiunii rapide.

Orice s'ar spune, plăgile maxilo-faciale prezintă câteva aspecte speciale. In primul rând, la faţă gangrena gazoasă este o excepţie. Eu n'am observat-o la nici un rănit. N'am văzut nici chiar stări septice serioase ca cele pe care le observăm consecutiv complicaţiilor cariei dentare.

La gură excizia, oricât de largă ar fi, nu poate înlătura, ca la membre, reinfecţia din cauza mediului septic bucal.

Excizia la faţă nu este un lucru care se poate face fără urmări ca'n alte regiuni. Aci suprimarea numai a câtorva milimetri de ţesături poate lăsa o diformaţie vizibilă, o infirmitate, uneori, din cauza filetelor nervului facial.

Veritol

Noul **remediu al circulaţiei şi al colapsului**

Acţionează repede şi durabil,
mai puţin brusc, dar cu o durată
mai lungă decât adrenalina.

Hipotensiune · Colaps

în stările generale de epuizare,

în cursul lăuziei, convalescenţei;
în intoxicaţii, maladii infecţioase;
înaintea, în cursul şi după operaţii.

Lichid: Flacoane de 10 gr. *Fiole: Cutii de 5 bucăţi.*

Knoll A.-G., Fabrici chimice, Ludwigshafen/Rin

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

NOVARSENOBENZOL BILLON

RĂMÂNE
MEDICAMENTUL
CEL MAI INDICAT AL
TRATAMENTULUI
DE ASALT
AL
SIFILISULUI

INJECȚII
ÎNTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"

DRÉVILL

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, București III

A sutura plaga înainte de a imobiliza osul înseamnă a creia condiţii extrem de grele pentru proteză. De multe ori, am fost nevoiţi să desfacem suturi pentru a putea aplica aparatul de imobilizare pentru os.

Este bine deci, ca aceşti răniţi să fie aduşi cât mai curând în servicii de specialitate unde se poate aplica repede un aparat de fractură, rămânând şi timpul necesar pentru sutura părţilor moi.

Eu ca şi colaboratorii mei am făcut suturi la câteva zile dela rănire cu rezultate foarte bune.

Nu trebue făcut în nici un caz o sutură totală. Eu fac o sutură parţială apropiind marginile plăgii prin sârme profunde de oţel inoxidabil foarte subţire şi moale, legate pe plăcuţe de metal. La acestea se mai pot adăuga câteva fire cutanate cari menţin o coaptare mai corectă.

Sutura părţilor moi prezintă o valoare deosebită mai ales când plaga interesează continuitatea orificiului bucal, nasal sau palpebral.

Leziunile osoase. Fracturile de război nu sunt tipice. Multiplicitatea fragmentelor şi frecvenţa lipsurilor de substanţă osoasă le dă o deosebită gravitate.

Atitudinea faţă de os trebue să fie conservatoare. Altădată, se tratau aceste fracturi ca nişte tumori prin eschilectomii largi. Rezultatul a fost pseudartroza. Fragmentele osoase aderente trebuesc păstrate, ele constituind un element plastic de cea mai mare importanţă.

Capetele osoase nu trebuesc lăsate descoperite. Ele sunt expuse necrozei prin uscăciune sau infecţiunii, prin septicitatea gurii. Osul maxilar trebue acoperit cu părţi moi, cu mucoasă bucală mai ales.

Leziunile dentare. Fracturile de maxilar nu sunt atât de dureroase pe cât pot fi leziunile dentare. O pulpă descoperită poate împiedeca pe rănit să se alimenteze şi să se odihnească. Aplicara unui pansament calmant sau extracţia unui dinte sunt îngrijiri cari se pot da şi în formaţiile mai înaintate la ambulanţa divizionară sau la spitalul de campanie unde trebue să existe stomatologi. O complicaţie dentară poate înlătura un element important desorganizând serviciu sau descompletând unităţi în plină acţiune. Dinţii din focarul de fractură, se extrag. Ceilalţi vor fi păstrati. In special un molar pe un fragment maxilar distal uşurează enorm de mult posibilităţile de aparelaj.

Principii de tratament în fracturile maxilare de război

Ca şi în fracturile de pace, şi aci, tratamentul nostru urmăreşte reducerea fracturii şi menţinerea ei în poziţie corectă. Criteriul nostru de reducere este raportul normal între arcadele dentare şi nu radiografia. Cu cât fractura este mai repede tratată, cu atât este mai uşor. La început, starea de stupoare a ţesuturilor poate să ne scutească de anestezie.

Fracturile de război sunt cu mult mai greu de tratat din cauza fragmentării multiple sau pierderii de substanţă osoasă.

In caz de polirăniri ca: fractură craniană, plagă gravă la rădăcina membrelor, torace sau abdomen, asociate cu leziuni maxilo-faciale, acestea din urmă pot aştepta. A proceda, altfel, înseamnă să expunem rănitul la

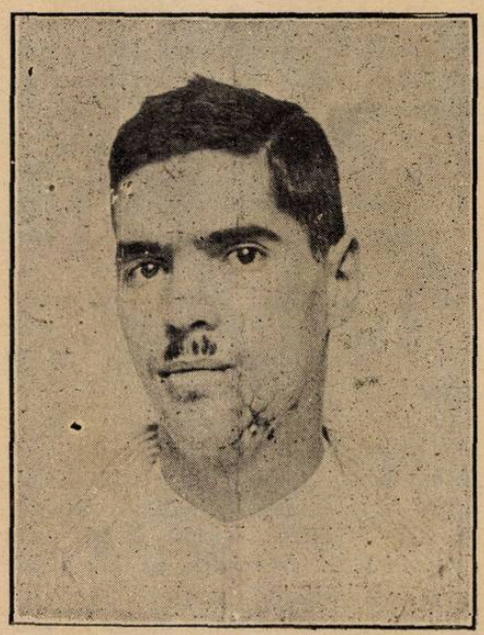


Fig. 3 b.— Rezultat după vindecare. Prin excizia cicatricei rezultatul estetic poate fi ameliorat.

riscuri foarte grave. Scriu acest lucru pentrucă nu s'a ţinut seamă de el. O plagă maxilo-facială se poate trata la nevoe, deşi în condiţii mai puţin bune, şi după 10—14 zile. O plagă gravă a membrelor, a abdomenului, a craniului nu poate însă aştepta. Plăgile maxilo-faciale capătă prioritate numai în caz de hemoragie şi asfixie.

Pentru imobilizarea fracturilor de maxilar s'au recomandat numeroase aparate. Multe sunt ingenioase, puţine sunt bune şi foarte puţine sunt practice. Sunt unele, categoric, rele. Astfel, şinele de metal fixate direct pe os, întrebuinţate mult în războiul ruso-japopnez au dat rezultate proaste.

In formaţiunile sanitare înaintate, dacă situaţia, timpul şi mijloacele o permit, se aplică numai aparate simple. Astfel, se poate aplica o bărbiţă, se poate face un blocaj bimaxilar cu ligaturi de sârmă sau se poate modela şi aplica direct un aparat de sârmă. Pentru obţinerea unei ocluzii corecte la nevoe se poate face o tracţiune elastică intermaxilară.

Tracţiunea pe dinţi trebue făcută cu atenţie. Dintele este un organ foarte sensibil şi o tracţiune prea tare duce sigur la pierderea lui.

In spitalele de specialitate se pot aplica aparate mai complexe turnate, de cauciuc sau de răşină artificială confecţionate prin metoda indirectă adică prin mijlocul amprentelor şi al modelelor.

Nu trebue uitat că, fiind vorba de fracturi cu lipsă de os, imobilizarea ţine mai mult, luni de zile mai ales în caz de plastie osoasă. Aparatele aplicate trebue deci să fie rezistente, bine tolerate, să nu provoace leziuni gingivo-dentare şi să imobilizeze corect osul.

Osteosinteza nu-şi găseşte în fracturile de maxilar decât indicaţii cu totul excepţionale, în special la edentaţi, la cari, lipsa dinţilor ne obligă, uneori, la o sutură osoasă, însă cu caracter provizoriu.

Corpii străini. Se cunosc destul de bine la ce pot expune pe rănit corpii străini: migraţii, dureri, leziuni vasculare, infecţii. Am scos împreună cu colaboratorii mei numeroşi corpi străini din: părţile moi faciale, limbă, planşeul bucal, parotidă, lojile perimandibulare, sinusul maxiar şi din groapa pterigo-maxilară. Scoaterea corpilor străini impune o localizare radiologică foarte precisă.

Tentativele laborioase şi repetate însă, pentru a scoate proectilele pot provoca leziuni şi chiar lăsa infirmităţi şi mai grave ca: paralizia nervului facial, fistule bucale, sinusale sau nasale, fistule salivare, deformaţii osoase sau cicatrice inestetice. Deaceia, proectilele mici, dacă nu produc reale turburări este mai prudent să fie lăsate pe loc, mai ales dacă impun operaţii mutilante.

Pansamentul. Acoperirea acestor plăgi cu pansamente voluminoase nu este bună. Este chiar periculoasă, constituind un nou factor de infecţiune. Pansamentul trebue redus la strictul necesar, el având următoarele rosturi:

1. — Să menţină în mod provizoriu fragmentele osoase şi să le acopere la nevoe ferindu-le de uscăciune sau protejându-le contra septicităţii mediului bucal.

2. — Să menţină părţile moi în poziţie bună dând, astfel, contenţiune cavităţii bucale şi împiedicând retracţia lor.

3. — Să acopere plaga, înlăturând, astfel, aspectul acestor plăgi, deprimant pentru rănit şi impresionant pentru anturaj.

Pentru menţinerea pansamentelor se poate întrebuinţa cu mult folos bărbiţa (un fel de pelotă submandibulară) şi benzile adesive.

In plăgile bucale, în special cele profunde, anfractuoase, cel mai bun pansament este mesa iodoformată. Aceia din comerţ nu este bună nefiind suficient de impregnată cu iodoform. La clinica stomatologică, ele sunt preparate cu o soluţie saturată de iodoform în eter. Mirosul iodoformului este repede anihilat de secreţiile bucale. Mesa nu devine fetidă putând fi lăsată pe loc chiar zece zile, ceace constitue un avantaj enorm. Rar, se poate întâlni o intoleranţă pentru iodoform.

Alimentaţia. Aceşti răniţi nu pot fi hrăniţi în mod normal. Din cauza lipsei dinţilor sau blocajului bi-maxilar ei nu pot mesteca. Alimentaţia trebue dată sub formă lichidă şi moale. Este nevoe ca ea să fie variată căci monotonia alimentaţiei duce la pierderea apetitului. In plus, ea trebue să cuprindă şi alimente crude pentru nevoia de vitamine.

In general, se crede greşit că aceşti răniţi trebuesc hrăniţi cu tubul. Numai în caz de delabrări mari, de absolută incontinenţă a cavităţii bucale, alimentarea se face cu tubul. Sonda «à demeure» este excepţional indicată. Ea este greu tolerată. Intr'un caz numai am fost nevoiţi să aplicăm o asemenea sondă şi numai pentru câteva zile. Chiar în caz de blocaj bimaxilar alimentarea pe calea naturală este posibilă cu lichide şi alimente moi, cari trec printre dinţi şi pe dinapoia molarilor.

Gura acestor răniţi trebue des spălată şi mai ales după alimentare. Pentru aceasta se poate întrebuinţa irigatorul, seringa Guyon sau atomizorul instalaţiilor de specialitate.

Intervenţiuni de corectare. Tratamenul în plăgile maxilo-faciale nu se termină întotdeauna odată cu vindecarea plăgii. De foarte multe ori rămân o serie de sechele ca: defecte ale părţilor moi, consolidări vicioase, pseudartroze, comunicări anormale ale cavităţii bucale, ca să citez numai pe cele mai importante. Corectarea lor ţine multă vreme, uneori ani de zile.

Aceşti răniţi nu pot fi trimişi acasă, ca un mutilat la membrul superior sau inferior. Mutilarea la faţă îi împiedică de a mai avea un rost social. Corectarea acestor sechele se impune. Mutilaţii recapătă, astfel, încredere, plăcerea de a trăi, de a munci, devenind elemente utile societăţii.

Lactacidemia adrenalinică ca probă de explorare funcţională a ficatului la sugar şi copil*)

de Dr. D. TIMUŞ
Asistent Universitar
şi
Dr. V. PETRESCU-COMAN
Preparator

Acidul lactic este un produs intermediar în procesul de glicoliză. După *Embden*, el s'ar forma pe seama glicogenului muscular. In prima fază (anaerobă) a contracţiei musculare s'ar produce o dezintegrare a glicogenului cu formarea de acid lactic; de aci rezultă o mărire a acidului lactic sanguin, care scade atunci când muschiul intră în repaus. La rândul său, acidul lactic poate suferi un proces invers de sinteză, două molecule dând naştere la o moleculă de glucoză ce se poate polimeriza în glicogen. După *Meyerhoff* 2/3 din acidul lactic se retransformă în glucoză, iar 1/3 este oxidat cu producerea de căldură.

Acidul lactic reprezintă dealtfel unul din elementele intermediare în metabolismul hidraţilor de carbon, ce poate fi pus cu uşurinţă în evidenţă.

Acidul lactic din sânge — lactacidemia normală, variază la adult, à jeun şi în repaus complect între 13—20 mgr. la % cc. sânge.

La sugari şi copii, cifrele normale ale lactacidemiei au fost studiate de *Engel W.* şi *Goldscheider* (1925), *Collazo J. A.* şi *Lewicki* (1925) *Brehdy M. B.* (1927), *Jewel* (1928) etc. *Leopold* şi *A. Bernhard*, pentru a elimina posibilitatea unei diferenţe de concentraţie a acidului lactic în sânge în raport cu alimentaţia, au studiat toate cazurile după 12 ore dela masă, dimineaţa pe nemâncate, în timp ce copiii rămăseseră de seara în pat. Influenţa stazei venoase asupra valorilor obţinute are oarecare importanţă.

La 23 copii normali, autorii au constatat, recoltând sângele prin stază venoasă după aplicarea unui garou, cifre variind între 9 mgr. %, şi 18 mgr. %, media fiind 14,8 mgr. %. Fără aplicarea de garou, la 7 copii, cea mai mică cifră a fost 11,2 mgr. şi cea mai mare 17,8 mgr. %, media fiind 16 mgr. %. Vârsta copiilor în cazurile normale era între 1 şi 14 ani. Autorii nu au găsit nici o legătură între concentraţia acidului lactic şi vârsta copilului.

Brehme (1928) la 78 copii à jeun a găsit că acidul lactic sanguin variază între 5—40 mgr. %, în sângele venos recoltat cu uşoară stază, media fiind 19,5. Cifrele medii găsite de *Brehme* pentru copiii mari sunt de 9,3 mgr. %, iar pentru sugari 14,2% mgr. El a găsit chiar o variaţie sezonieră în concentraţia acidului lactic, cele mai mari cifre obţinute fiind între lunile Martie şi Mai. Sângele obţinut din sinusul longitudinal superior la sugari arată cifre între 8,7 mgr.—18,1 mgr. %.

Jevell a arătat că dacă circulaţia sângelui e jenată printr'un bandaj de stază, există o variaţie de minus 2 până la plus 26 mgr. în concentraţia acidului lactic din sângele venos. El a găsit deasemeni că nu există nici o legătură între acidul lactic şi glicemie.

Pentru a putea studia lactacidemia adrenalinică, trebuie să cunoaştem o serie de date exacte asupra variaţiunilor acidului lactic la sugarul şi copilul normal. Dat fiind că această problemă a fost puţin studiată, am întreprins o serie de cercetări pentru a cunoaşte care sunt valorile lactacidemiei normale la sugar şi care sunt diferiţii factori fisiologici care ar putea-o influenţa. Deasemeni am cercetat şi variaţiunile lactacidemiei la mamele care alăptează.

Lactacidemia normală la mamele care alăptează

In cercetările noastre asupra lactacidemiei normale, am studiat concentraţia acidului lactic în sânge la 19 femei din Institutul de Puericultură, unele dintre acestea alăptându-şi copiii lor. Sângele a fost recoltat totdeauna în aceleaşi condiţii, adică fără stază venoasă prin aplicarea unui garou, dimineaţa à jeun, după 12 ore de repaus.

Cifrele obţinute în cele 19 cazuri studiate, concordă cu cele găsite de alţi autori, la adult. Nu se poate afirma că alăptarea copilului de către mamă constitue o modificare important a lactacidemiei mamei.

Din cercetările diferiţilor autori, rezultă că factorul care influenţează cel mai mult cantitatea de acid lactic din sânge este travaliul muscular. Lactacidemia e mărită deasemeni în cursul unor afecţiuni acute (pneumonie) sau cronice (tuberculoză) ale aparatului respirator, la hepatici, la cardiaci în tumori, apoi în epilepsie, miastenie, etc.

Alăptarea nu este un factor care influenţează lactacidemia.

1) Lucrare făcută în Clinica de Puericultură Director: *Prof. Dr. Titu Gane* şi Clinica Medicală Infantilă Director *Prof. Dr. A. Rusescu.*

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Toleranţă perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

BAYER

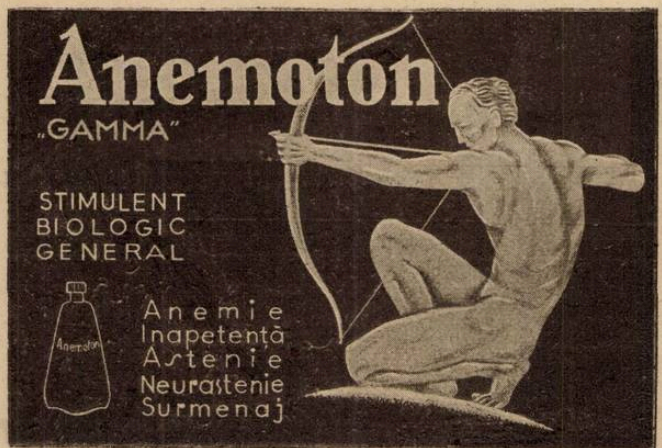
»Behringwerke« LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.85.

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDA

ANTIREUMATIC — ANALGETIC — REVULSIV



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

Lactacidemia normală la sugari şi copiii mici

La sugacii şi copiii mici (până la 2½ ani) am făcut 134 dozări ale acidului lactic din sânge.

Intotdeauna sângele a fost recoltat în aceleaşi condiţii: dimineaţa, pe nemâncate, fără stază venoasă (din sinusul longitudinal superior sau din vena jugulară) şi înainte ca copilul să fi făcut multe mişcări, pentru a evita factorul travaliu muscular.

Din cele 134 dozări făcute la copii în vârstă de 3 săptămâni până la 2½ ani, rezultă că în prima copilărie cifrele lactacidemiei normale variază între 11—21 mgr. la % cc. sânge. In cazurile noastre nu am găsit cifre mici cum au găsit printre alţii *Jewell* sau *Brehme* (9%). Noi am găsit:

11 mgr. % cc. sânge	1 caz
12 „ „ „ „	5 cazuri
13 „ „ „ „	18 „
14 „ „ „ „	10 „
15 „ „ „ „	16 „
16 „ „ „ „	5 „
17 „ „ „ „	20 „
18 „ „ „ „	16 „
19 „ „ „ „	26 „
20 „ „ „ „	14 „
21 „ „ „ „	2 „
22 „ „ „ „	1 caz

Reportate la vârsta copiilor, cifrele obţinute se repartizează astfel:

Vârsta în luni	10-15 mgr. %	16-20 mgr. %	21-25 mgr. %
0-3 luni	14	20	—
3 6 „	12	25	1
6-9 „	9	7	—
9-12 „	9	14	1
12-18 „	7	11	1
18-24 „	—	3	—
24 30 „	—	—	—

Variaţiunile lactacidemiei în raport cu vârsta copiilor

Studiind cifra concentraţiei acidului lactic în sânge constatăm că nu se poate deduce că felul alimentaţiei (sân, sau alimentaţie artificială cu lapte acidulat, babeurre sau regim complect), influenţează cu mult cifra lactacidemiei.

Lactacidemia adrenalinică

Cori, printre cei dintâiu a arătat că injecţia de adrenalină determină la animalele în experienţă o creştere a acidului lactic sanguin şi că această producere de acid lactic are loc în muşchi pe seama glicogenului.

Profesorul *I. I. Nitescu* şi colaboratorii săi, într'o primă serie de cercetări pe animale au confirmat acest lucru.

I. Gonţea cercetând lactacidemia adrenalinică la adultul normal, fără leziuni hepatice, conchide că după injecţia de adrenalină se observă o creştere a lactacidemiei, care începe curând după injecţie, aşa încât la ½ oră e considerabil ridicată; lactacidemia se urcă pe măsură ce se absoarbe adrenalina şi atinge o valoare maximă la 1 oră după injecţie, se menţine ridicată deasupra cifrei iniţiale până la 2 ore şi în unele cazuri până la 2½ ore dela injecţie.

Studiind lactacidemia adrenalinică la sugar şi în prima copilărie, am constatat că proba este pozitivă. Pentru aceasta, ca technică, dimineaţa à jeun, se lua o primă priză de sânge din sinusul logitudinal superior sau vena jugulară. Apoi se injecta ½ mgr adrenalină subcutan şi chiar 1 mgr. la copiii mai mari. E de notat faptul că aceste doze de adrenalină sunt bine suportate, nu determină nici un accident. Apoi se recolta (în acelaş mod) sângele după ½ oră, 1 oră, 2 ore, 3 ore, dela injecţia de adrenalină.

ozarea acidului lactic am făcut-o utilizând metoda oxidativă şi distilarea cu vapori de apă cu ajutorul aparatului Boyland.

Principiul dozării constă în a oxida acidul lactic din sânge (în prealabil desalbuminat şi dezaharat), cu ajutorul acidului sulfuric şi permanganatului de potasiu. Vaporii de acetaldelidă care rezultă se fixează într'o soluţie de bisulfit de sodiu.

Apoi excesul de bisulfit se oxidează cu o soluţie de Iod n/20, iar amestecul bisulfit-aldehidă se desface prin adăugarea de bicarbonat de Sodiu soluţie saturată.

In urmă se titrează cu o soluţie de Iod n 1000 bisulfitul liberat.

Calculul se face în modul următor:

1 cc. de Iod n/1000 corespunde la 1 cc. soluţie acid lactic n/1000, adică la 0,0045 gr. acid lactic.

In genere se întrebuinţează pentru distilare 10 cc. filtrat obţinut după desalbuminarea şi dezahararea sângelui. Aceşti 10 cc. filtrat corespund la 0,7 cc. sânge.

Deci calculul va fi

$$\frac{\text{n cc. sol. In/1000 x 0,045}}{0,7}$$

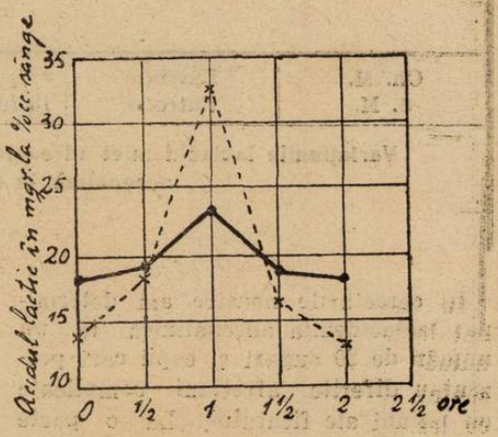
mgr. acid lactic la % cc sânge.

In cercetările noastre făcute pe copii, din cauza dificultăţilor de a recolta sângele şi din cauza imposibilităţii de a recolta o cantitate prea mare de sânge în decursul celor 4—5 prize am lucrat numai pe jumătate din cantitatea obişnuită de lucru. De aceea rezultatul a fost înmulţit întotdeauna cu 2 adică:

$$\frac{2 \times \text{n cc sol I } n/1000 \times 0,045}{0,7}$$

mgr. acid lactic la % cc. sânge.

Rezultatele noastre se pot observa foarte bine în tabelul şi graficul de mai jos:



Variaţiunile lactacidemiei după: injecţie de ½ mgr. adrenalină. X injecţie de 1 mgr. adrenalină.

IV. — LACTACIDEMIA ADRENALINICA, PROBA DE EXPLORARE FUNCIONALA A FICATULUI LA SUGAR ŞI COPIL

Cercetările autorilor făcute pe animale, au arătat că după scoaterea ficatului, organismul nu mai poate resintetiza acidul lactic provenit din muşchi, aşa cum face în starea normală. Adrenalina injectată animalelor hepatectomizate nu produce glicozurie, dar determină lactacidurie, deoarece acidul lactic elaborat în muşchi nu este reţinut şi resintetizat de ficat în glicogen.

Grafe consideră prezenţa acidului lactic în urină ca un bun semn de alterare a ficatului.

Prof. *I. I. Niţescu* şi *Benetato*, prin experienţe pe animale, arată că la mamiferul normal ficatul apare ca organul principal de fixare şi sinteză a acidului lactic în glicogen.

Bazat pe acest fapt, *Prof. I. I. Niţescu* a conceput lactacidemia adrenalinică ca o nouă metodă de cercetare a funcţionării ficatului în general şi a funcţiei glicogenice în special.

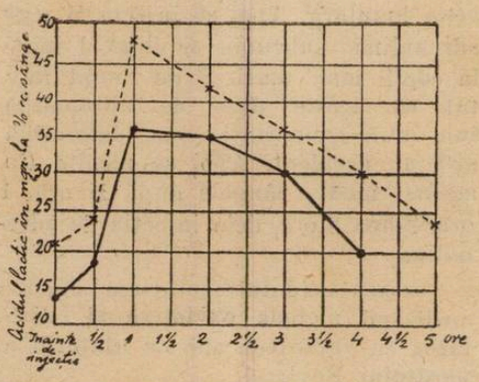
Cercetările şcoalei *Prof. I. I. Niţescu* au arătat că «la indivizii cu diverse leziuni hepatice proba e pozitivă în cazurile de alteraţiuni difuze ale parenchimului hepatic, indicând o întârziere în revenirea la cantitatea iniţială a acidului lactic în sânge, cu atât mai pronunţată, cu cât insuficienţa hepatică e mai accentuată.

NUMELE şi PRONUMELE	Diagnosticul Clinic	Vârsta	Lactacidemia în mgr. % după injecţie de ½ mgr. adrenalină					
			înainte de inj.	la ½ h.	la 1 h	la 1½ h.	la 2 h.	la 3 h
S. P.	Eutrofie	6½ luni	18 mg.	19,2	24	18,2	18	—
S. D.	Eutrofie	15 luni	19,2	20	25,4	21	195	—
			Lactacidemia în mgr % după injecţie de 1 mgr. adrenalină					
			înainte de inj.	la ½ h.	la 1 h	la 1½ h	la 2 h	la 3 h.
Ch. M.	Eutrofie	4½ luni	14,1	19,2	33,3	18	14	—
S. M.	Eutrofie	13 luni	12,8	20,5	25,7	25,7	13	—

Variaţiunile lactacidemiei adrenalinice după injecţia de ½ şi 1 mgr. adrenalină, la copilul normal.

In cercetările noastre am determinat lactacidemia adrenalinică la un număr de 20 sugari şi copii cari prezentau diferite afecţiuni complicate cu leziuni ale ficatului. La o parte din cazuri am putut confirma diagnosticul insuficienţei hepatice şi prin cercetarea leziunilor din punct de vedere anatomo-patologic. In toate aceste cazuri am găsit alterări profunde ale parenchimului hepatic.

In bolile sugarilor şi copiilor mici ficatul este organul care suferă cel mai mult. In turburările digestive grave, toxicoze, în bronchopneumonii, septicemii, otite prelungite, oto-mastoidite, piodermite prelungite, se găsesc la necropsie alteraţiuni mai mult sau mai puţin intense ale ficatului şi adese ori, cauza finală a morţii este tocmai insuficienţa hepatică.



Variaţiunile lactacidemiei adrenalinice: la un copil cu Broncho-pneumonie: X La un copil cu Heredosifilis.

naturii bolii copilului (exemplu: glicozuria alimentară în toxicoză sau diarei grave), iar în alte cazuri, din cauza technicei speciale ce ar necesita-o.

NUMELE şi PRONUMELE	Diagnosticul Clinic	Vârsta	Lactacidemia în mgr. % după injecţie de 1 mg. adrenalină					
			înainte de inj.	la ½ h.	la 1 h.	la 2 h.	la 3 h.	la 4 h.
I. N.	Heredo-Sifilis Ieter-congenital	4 luni	16	21	35	33	29	25
F. L.	Broncho-Pneumonii repetate	8 luni	14,1	19	35,4	35,3	30	20
G. L.	Ciroză-Paludică	10½ ani	20,5	24,4	47	43,7	37,2	30
I. O.	Maladie mitrală Asistolie	13 ani	19	28	41,6	34,2	30	27
T. Gh.	Rahitism Br. Pneumonie	15 luni	15	23	29	29	25	19

Variaţiunile lactacidemiei adrenalinice după injecţie de 1 mg. adrenalină, la copilul bolnav (cu fenomene nete de insuficienţă hepatică).

Nu sunt până azi probe de insuficienţă a ficatului, uşor de aplicat sugarilor şi copiilor micï. Probele uzuale din clinica adultului nu pot fi întrebuinţate în anumite cazuri, din cauza

De aceea lactacidemia adrenalinică la copil ni se pare a fi o probă de explorare funcţională a ficatului uşor de executat în clinică, iar rezultatele ei sunt foarte precise.

REVISTA CARŢILOR

Tumori şi distrofii osoase de **Prof. Dr. A. Cosăcescu.**

Tratatul român de chirurgie semiotică clinică şi terapeutică se îmbogăţeşte cu fascicola 2 din Volumul VI. Fascicola aceasta de două sute de pagini cu numeroase ilustraţii se prezintă sub aspectul technic cel mai frumos posibil.

Profesorul Cosăcescu a adunat zi de zi toate cazurile clinice pe care le-a întâlnit. A studiat cu amănuntul şi cu toate mijloacele fiecare caz în parte şi prin aceasta aduce o contribuţie valoroasă. Lucrarea începe cu un capitol asupra tumorilor osoase.

Urmează apoi tumorile osoase maligne primitive. Sarcomul osteogenic; fibro-sarcomul periostic, mielomul, sarcomul lui Ewing.

Capitolul următor tratează despre tumorile osoase secundare fie din vecinătate, fie metastatice. Urmează boala lui Hogdkin.

Tumorile osoase benigne formează partea următoare a lucrărei unde se studiază: osteomul, chondromul benign, fibromul, miomul, angiomul şi adamantiomul.

Partea a doua a lucrărei se ocupă de distrofiile osoase. Se studiază aci tumora cu mieloplaxe, chistul solitar osos, osteita fibroasă localizată, osteita fibro-chistică generalizată, osteită deformantă, rachitismul, osteomalacia, boala osteogenică, chondromele osteogenice, dischondroplazia lui Ollier, achondroplazia, boala lui Lobstein.

Interesanta lucrare a profesorului Cosăcescu se închee cu un capitol asupra diagnosticului tumorilor osoase.

Aci autorul arată regulele ce trebue să urmăm pentru a putea preciza din timp diagnosticul. Aceste diagnostice se bazează pe clinică şi pe examene radiografice bine făcute şi des repetate.

D. Cosăcescu cu toată asprimea vremurilor a răspuns cu grabă la apelul, care s'a făcut la dânsul, de-a redacta această parte a *«Tratatului Român de chirurgie»*.

Cartea profesorului Cosăcescu nu este destinată specialiştilor, cï tuturor medicilor şi studenţilor doritori să fie puşi la curent cu acest capitol de patologie osoasă.

Simţul estetic al profesorului Cosăcescu şi cultura lui generală l'au ajutat ca să dea cărţei un aspect artistic şi o expunere din cele maï frumoase.

(Pr. Dr. Iacobovici)

ZEISS IKON

ZEISS IKON

KOLORIMETER

ZEISS IKON AG GOERZWERK BERLIN

ZEISS IKON BLUTZUCKERKOLORIMETER

(Nach Crecelius-Seifert)

Die ständige Beobachtung des Blutzuckerspiegels ist nicht nur für den Spezialisten, sondern auch für den praktischen Arzt von Bedeutung. Die Diagnose und Therapie des Diabetes mellitus, die Unterscheidung nichtdiabetischer Glykosurien von eigentlichen Glykosurien, die Aufdeckung leichter Diabetesfälle, die Erkennung familiärer Belastung erfordern die Bestimmung des Blutzuckerspiegels. Eine Insulintherapie sowie die Behandlung eines diabetischen Komas sind heute ohne die laufende Kontrolle des Blutzuckergehaltes nicht mehr denkbar. Auch bei nichtdiabetischen Erkrankungen, bei allgemeinen Untersuchungen vor Operationen, bei Bluttransfusionen usw. ist die Kenntnis des Blutzuckerwertes von Nutzen. Für den Arzt, der sich in der Sprechstunde über die Höhe des Blutzuckerspiegels orientieren muß, sowie für das Laboratorium, das täglich serienweise Blutzuckerbestimmungen durchzuführen hat, ist in dem Blutzuckerkolorimeter nach Crecelius-Seifert ein wichtiges Hilfsmittel geschaffen worden, das eine Zuckerbestimmung im Blut auf einfache Weise und in kurzer Zeit möglich macht.

ZEISS IKON HÄMOMETER

Zu den ständigen Blutuntersuchungen des praktischen Arztes gehört auch die Bestimmung des Hämoglobingehaltes. Die einwandfreie Diagnose einer Anämie erfordert eine objektive Hämoglobinbestimmung. Desgleichen ist auch zur Differentialdiagnose der verschiedenen Anämien die Bestimmung des Hämoglobingehaltes zur Berechnung des Färbeindexes nicht zu umgehen, denn nur dadurch läßt sich unterscheiden, ob eine hypochrome, hyperchrome oder aplastische Anämie vorliegt. Darüber hinaus erfordern alle Krankheiten mit unklaren Symptomen wie auch die Beobachtung des Allgemeinzustandes u. a. bei Operationen die Kontrolle des Hämoglobingehaltes.

Voraussetzung für eine richtige Diagnose ist die Verwendung eines Hämometers, das eine exakte Bestimmung des Hämoglobingehaltes ermöglicht. Dies ist der Fall mit dem Zeiss Ikon Hämometer, das nach den Vorschriften der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin geeicht ist.

ZEISS IKON XANTHOPROTEINOMETER

Für die Diagnose von Nierenerkrankungen gewinnt die Xanthoproteinreaktion immer mehr an Bedeutung. Man darf ihr deshalb mindestens die gleiche diagnostische Bedeutung zuschreiben, wie der Bestimmung des Reststickstoffs. Eine Vermehrung der Darmgifte, die mittels der Xanthoproteinreaktion erkannt werden, tritt vor allem bei Niereninsuffizienzen ein. Wichtig ist die Kenntnis der Menge dieser Darmgifte für die Diagnose und Prognose einer echten Urämie. Vergleiche mit Harnstoff- und Harnsäurewerten ermöglichen Schlüsse auf die Art der Nierenerkrankung.

Außer bei Nierenkrankheiten ist der Xanthoproteinwert auch bei Lebererkrankungen vermehrt; seine genaue Kenntnis gewährt aufschlußreiche Einblicke in die Schwere der Störungen der Leberfunktion. Auch bei Krankheiten infolge schwerer Infekte oder hochgradiger Zunahme der Darmfäulnis ist eine Erhöhung des Xanthoproteinwertes vorhanden.

Die Eichung der Zeiss Ikon Xanthoproteinometer erfolgt nach den Vorschriften der Blutuntersuchungsmethoden der Deutschen Hämatologischen Gesellschaft.

ZEISS IKON BILIRUBINOMETER

(Methode Heilmeyer)

Der Bestimmung des Bilirubingehaltes im Blut durch den praktischen Arzt stand bisher das Fehlen einer einfachen, schnell durchzuführenden quantitativen Bestimmungsmethode entgegen. Diese Schwierigkeit ist in der Bilirubinbestimmungsmethode nach Heilmeyer beseitigt worden. Vor allem zur Feststellung von Störungen der Leberfunktion ist die Kenntnis des Bilirubinwertes wichtig. Die verschiedenen Formen des Ikterus, Lebercirrhosen sowie Geschwülste und Kreislaufstauungen der Leber gehen mit einer Erhöhung des Serumbilirubins einher. Auch bei gesteigertem Blutzerfall sowie bei perniciösen Anämien ist die Kenntnis des Bilirubinwertes aufschlußreich. Außerdem sind Bilirubinbelastungsproben zum Erkennen frühzeitiger Leberfunktionsstörungen äußerst wichtig.

Die Zeiss Ikon Bilirubinometer werden nach den Vorschriften der Prüfstelle für Blutuntersuchungsmethoden der Deutschen Hämatologischen Gesellschaft geeicht.

Prinzip:
Messen der rotbraunen Färbung der durch den Zucker des Blutes in Pikraminsäure überführten Pikrinsäure.

Blutentnahme:
aus Ohr oder Finger.

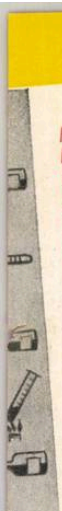
Chemische Untersuchung:
Versetzen des Blutes mit Pikrinsäure.
Abfiltrieren des Eiweißniederschlages.
Zugabe von Natronlauge.

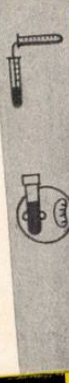
Kochen im Wasserbad.

Kolorimetrische Messung:
Einfüllen in die Küvette.
Vergleich mit dem Farbkeil.

Untersuchungsergebnis:
mg % Blutzucker direkt an der Skala ablesbar.

Untersuchungsdauer:
etwa 10 - 15 Minuten.





Prinzip:
Messen der Braunfärbung, entstanden durch Umsetzen des Hämoglobins mittels Salzsäure in salzsaures Hämatin.

Blutentnahme:
aus Ohr oder Finger.

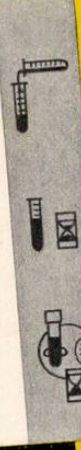
Chemische Untersuchung:
Versetzen des Blutes mit Salzsäure,
Festlegen des Zeitpunktes der Salzsäurezugabe.

Kräftiges Mischen.

Kolorimetrische Messung:
Einfüllen in die Küvette.
Vergleich mit dem Farbkeil, 5 Minuten nach Zugabe der Salzsäure.

Untersuchungsergebnis:
% Hb oder gHb direkt an der Skala ablesbar.

Untersuchungsdauer:
etwa 7 Minuten.



Prinzip:
Messen der Intensität der Gelbfärbung, hervorgerufen durch Nitrierung der im Blut als Benzolabkömmlinge vorhandenen Darmgifte.

Blutentnahme:
aus Vene.

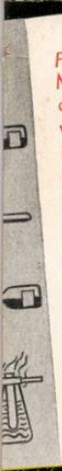
Chemische Untersuchung:
Enteiweißen des Blutserums mit Trichloressigsäure.
Abfiltrieren des Eiweißniederschlages.

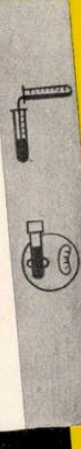
Kochen mit Salpetersäure.
Zugeben von Natronlauge.

Kolorimetrische Messung:
Einfüllen in die Küvette.
Vergleich mit dem Farbkeil.

Untersuchungsergebnis:
Xanthoproteineinheiten, direkt an der Skala ablesbar.

Untersuchungsdauer:
etwa 10 Minuten.





Prinzip:
Messen der durch das Bilirubin bedingten rötlichen Färbung beim Versetzen des Serums mit konzentrierter Salzsäure.

Blutentnahme:
aus Vene.

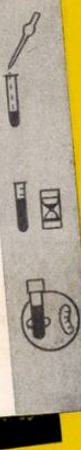
Chemische Untersuchung:
Versetzen des Blutserums mit konzentrierter Salzsäure.
Festlegen des Zeitpunktes der Zugabe der Salzsäure.

Kräftiges Mischen.

Kolorimetrische Messung:
Einfüllen in die Küvette.
Vergleich mit dem Farbkeil, 1 Minute nach Zugabe der Salzsäure:

Untersuchungsergebnis:
mg % Bilirubin direkt an der Skala ablesbar.

Untersuchungsdauer:
etwa 2 Minuten.



Chemische Blutuntersuchungen gehören zum unentbehrlichen diagnostischen Rüstzeug des Arztes. Sie können jedoch nur dann vom Arzt durchgeführt werden, wenn Hilfsmittel zur Verfügung stehen, die eine Bestimmung in kurzer Zeit und mit geringem Aufwand erlauben. Aus dieser Erkenntnis erfolgte die Entwicklung der Zeiss Ikon Kolorimeter.

Noch während der Sprechstunde können mit den Zeiss Ikon Kolorimetern wichtige Blutbestandteile quantitativ erfaßt werden. Nur Untersuchungsmethoden, die äußerst einfach sind und kurze Zeit beanspruchen, finden hierbei Verwendung. Für die Ausführung sind kein besonderes Laboratorium und keine besonderen chemischen Vorkenntnisse erforderlich. Die Instrumente selbst sind außerordentlich zweckmäßig gebaut und demzufolge leicht zu handhaben. Trotzdem gewähren sie eine exakte Bestimmung. Die Zeiss Ikon Kolorimeter sind nach den Vorschriften der Deutschen Hämatologischen Gesellschaft bzw. der Gesellschaft für innere Medizin geeicht.

Dermita cauzată de Euforbiacee*)

de Dr. COSTIN S. ȘTEFĂNESCU

Manifestările toxice sau allergice cutanate cauzate de plante sunt puțin numeroase. In afara plantelor urticante, cele mai obișnuite sunt: primulele, Euforbiaceele (prin latex), bulbii și rădăcinele unor plante de ornament și medicinale (crizanteme, ipeca, rhubarbă, etc.), coaja de lămâie, portocală, sparanghelul și hameiul (mai ales la cei care culeg aceste plante), în fine plante tinctoriale care intră în compoziția tincturilor capilare (henné, etc.). Cauzele iritării cutanate sunt variabile. Astfel în dermita cauzată de Primule, datorită secreției glandelor anexate perilor de pe frunte, s'a putut izola substanța activă cristalizată: «Primina». Orice persoană poate fi sensibilizată cu această substanță. La celelalte plante enumerate, mecanismul acțiunei este discutat. In cazul sparanghelului, dermita este allergică; hameiul irită prin secreția glandelor anexe ale conurilor fructifere (acțiune toxică directă). Bulbii și rădăcinile a numeroase plante pot da loc la reacții allergice, la cei ce le manipulează des. Plantele din familia Euforbiaceelor sunt deseori cauza unor dermite: originea lor e neclară și diagnosticul îndoelnic dacă nu ne gândim să întrebăm bolnavvul în privința lor. In această notă dorim să atragem atenția asupra unei varietăți de dermită puțin cunoscută datorită unei plante: **Euforbia marginata**, foarte răspândită ca plantă de ornament. Popular, toate Euforbiaceele poartă numele generic de «laptele câinelui» sau «laptele cucului». Fără a face o descriere botanică completă, inutilă pentru scopul nosru, vom spune că este o plantă de cca. 50 cmc. înălțime, cu tulpină erbacee, care ruptă lasă să se scurgă un lichid albicios (latex); caracteristice sunt frunzele: la extremitatea tulpinei sunt mici și albe, cu o nervură mediană verde, cu cât cresc, cu atât devin mai verzi păstrând o margine periferică albă. (de unde și numele de Euforbia marginata). Aceste două caractere: plantă erbacee cu latex, frunze albe la vârf și mai verzi spre bază sunt suficiente pentru a recunoaște planta, când întrebăm pe bolnav dacă a avut de a face cu ea.

In ultima vreme am avut ocazia să observăm trei cazuri de dermită datorită acestei plante. Credem util să le relatăm pe scurt, dat fiind interesul practic al cunoașterii ei.

Primele două bolnave au venit împreună să ne consulte. Cea mai în vârstă de cca. 60 ani, prezenta pe ambii obraji zone întinse, cu margini neregulate, de eritem cu ușoară zemuire. Aspectul era asemănător cu o eczemă acută, diagnostic ce părea îndreptățit și prin prezența altor placarde de eczemă mai veche pe corp Cea mai tânără, de 15 ani, avea pe ambii obraji un edem cu eritem accentuat, aspect foarte asemănător cu acel al erizipelului, de care se temeau de altfel ambele bolnave; ele se plângeau de senzații de arsură intensă la nivelul dermitei. Starea generală era însă bună, pulsul și temperatura normale, iar placardele de dermită nu aveau edemul marginal caracteristic al erizipelului. Diagnosticul de **dermită prin iritant extern** era sigur, dar originea ei obscură; bolnavele îmi spuneau că s'au spălat cu un săpun nou, care putea fi iritant, și rupseseră plante din grădină care dădeau un lichid albicios (latex). Dermita, care a doua zi era mai accentuată, formându-se flictene, s'a calmat ulterior prin aplicări de prisnițe și cremă. Natura dermitei a fost precizată de al 3-lea caz observat; D-na Dr. P. ne consultă pentru un edem al feței simetric, alb, cu aspect de edem brightic, însă dând loc la usturimi accentuate. Intrebată despre manipularea plantei suspectate, dânsa o confirmă și ne aduce un exemplar care a fost indentificat la grădina botanică ca Euforbia marginata. Tratată local ca bolnavele de mai sus și general cu injecții de calciu și efetonină per os se vindecă foarte repede.

Dermita cauzată de Euforbiacee este bine cunoscută; în genere, genul **Rhus** este cel care o cauzează mai des. Două specii sunt încriminate: Rhus verni cifera și R. toxicodenodron. Prima dă un latex rășinos, care se întrebuințează la fabricarea lacurilor japoneze; substanța care cauzează accidentele este Urusiolul (un difenol) și derivatele sale; sunt expuși lucrătorii și persoanele care manipulează obiecte împodobite cu asemenea lacuri. Rhus toxicodendron este tot o plantă de ornament ale cărei frunze și tulpini sunt iritante prin latexul lor; ele sunt întrebuințate și în scop terapeutic ca revulsiv sau în medicina homeopatică. Aceste plante sunt însă rare la noi în țară, în schimb Euforbia marginata am văzut-o cultivată în mai multe grădini și se vinde de florărese în mod curent.

Este important să cunoaștem accidentele ce le poate cauza manipularea acestor plante penru a face un diagnostic și un tratament corect.. Din observațiile de mai sus am văzut că dermita cauzată de Euforbia marginata poate avea un aspect: edematos simplu, edematos cu eritem, erizipeloid cu sau fără phlictene, și eczematiform; ea se însoțește întotdeauna de sensațiuni intense de prurit sau arsură. Diagnosticul diferențial cu maladiile asemănătoare se face prin *anamneză*, bolnavul fiind întrebat dacă a umblat cu planta descrisă, și prin aspectul leziunii, care poate fi ușor diferențiată de erizipel (absența semnelor generale și a edemului marginal), de edemul brightic (senzația de arsură, absența altor semne urinare sau generale); diagnosticul cu eczema acută a feței e mai greu, dar se poate face prin anamneză. Sexul feminin și pielea obrazului sunt în special predispuse; mâinile bolnavelor care manipulaseră plantele nu prezentau semne de dermită, iar bărbații par mai puțin sensibili; totuși s'au observat și iritațiuni pe mâini și brațe la persoanele care culeseseră această plantă.

Pronosticul este bun, maladia vindecându-se în câteva zile. Tratamentul este în primul rând profilactic, evitându-se ulterior manipularea acestei plante de persoanele predispuse; curativ se recomandă prieșnițe locale cu borat de sodiu 40 la mie, ulterior aplicări de cremă și în cazuri intense injecțiuni de calciu intramusculare și efetonină per os.

Se discută asupra naturii acestei dermite: este ea primitiv toxică sau cere o sensibilizare prealabilă (allergică)? Chestiunea s'ar putea ușor rezolva experimental, intensitatea dermitei și turburările cauzate de ea nu ne-au **permis însă să încercăm** o asemenea experimentare. Mai mult detalii asupra dermitei prin Euforbiacee se găsesc în Allergie, Berger și Hansen, cap. Die exogenen Allergene.

Am ținut să atragem atenția în special asupra Euforbiei marginata, care nu este menționată în tratat, din cauza frecvenței acestei dermite la noi în țară.

*) Lucrare din Clinica III-a Medicală (Terapeutică Dir. Prof. Dumitrescu-Mante.)

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice

Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Organizarea corporativă a Medicilor

Expunerea acestei probleme în Colegiul general al Medicilor

Joi 20 Noembrie a avut loc în Amfiteatrul Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale întrunirea Colegiului General al Medicilor din ţară.

Au luat parte Preşedinţii şi delegaţii celor 60 de colegii judeţene, împreună cu reprezentanţii cei mai autorizaţi ai ştiinţii medicale româneşti.

La masa prezidenţială au luat loc D-nii: Profesor Mihai Antonescu Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri şi Preşedinte ad-interim, Profesor Dr. P. Tomescu Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Dr. C. Dănulescu Ministru Subsecretar de Stat al Muncii, Profesor Agregat Dr. Gh. Marinescu, Preşedintele General al Colegiilor Medicilor, Profesor Dr. V. Ciocâlteu, Decanul Facultăţii de Medicină din Bucureşti şi Dr. I. Stoichiţă Secretar General al Ministerului Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale.

Şedinţa s'a desfăşurat într'o atmosferă de cordială înţelegere a marilor probleme ce s'au expus.

Cuvântarea D-lui Dr. Gh. Marinescu Preşedintele Colegiului general al Medicilor

Domnule preşedinte al Consiliului,
Domnule Ministru,
Domnilor Colegi,

Corporaţia medicală a fost constituită ca Asociaţie Generală a Medicilor în mod legal la 1897, pentru apărarea intereselor de breaslă şi pentru studierea marelor probleme sanitare. In 1930 din sânul Asociaţiei a pornit Legea de organizare a Colegiului Medicilor, în scop de a îndruma şi controla practica medicală şi de a colabora cu statul la rezolvirea problemelor carî privesc sănătatea publică.

Acum 2 ani, Asociaţia veche se contopeşte de bună voe cu Colegiul Medicilor.

Astăzi suntem chemaţi noi reprezentanţii corporaţiei medicale să ascultăm principiile de reorganizare a Colegiului în noua aşezare a Statului.

Prin votul nostru individual ne-am legat să dăm tot sprijinul de care suntem capabili ca români dornici de mai bine, pentru aşezarea statului şi a poporului român în cadrul Europei de mâine ce se creiază pe câmpurile de luptă.

Suntem siguri că Mareşalul nostru şi Conducătorul Statului care ne-a dat liniştea înăuntru şi izbânda în afară, cu ajutorul tuturor fiilor ţării va consolida România nouă pe baze de dreptate socială şi o va pregăti pentru noui izbânzi care vor aduce pe toţi românii sub acelaş steag şi sub acelaş sceptru.

Insufleţiţi de cele mai bune sentimente pentru nouile aşezări, ne facem o plăcută datorie să salutăm cu entuziasm venirea în mijlocul nostru a d-lui Preşedinte al Consiliului de Miniştri şi a d-lui ministru al Sănătăţii şi să strigăm din inimă să trăiască Majestatea Sa Regele, simbol al unirii, şi Mareşalul Antonescu, realizatorul unirii şi înfăptuitorul atâtor acţiuni istorice.

Cuvântarea d-lui Profesor Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale

Luând cuvântul, d. Prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii, aduce mulţumiri călduroase d-lui vice-preşedinte al consiliului pentru că a venit în mijlocul reprezentanţilor Corpului medical pentru a le expune ideile fundamentale pe baza cărora se va face noua organizare corporativă a profesiunilor şi a statului.

Dela început trebue să mărturisim că medicii nu sunt adepţii de ultima oră a ideilor corporatiste ci sunt credincioşii de totdeauna ai acestei doctrine.

In vechea Asociaţie generală a Medicilor s'a desbătut multă vreme această problemă. In tendinţa de a se înfăptui cu un moment mai de vreme, cel puţin un inceput de realizare practică a sistemului corporatist, Asocaţia noastră, întemeiase prin statutele sale, o adunare reprezentativă a Medicilor din toate regiunile ţării, care a ţinut mai multe sesiuni.

Din această adunare, pe care o numeau parlament medical pentru a stabili cel puţin o legătură de terminologie cu sistemul de guvernare de atunci, — făceau parte cei mai autorizaţi reprezentanţi aï ştiinţei şi practicei medicale româneşti.

Prin această adunare urmăream să studiem problemele medicale şi sanitare locale şi naţionale în lumina datelor actuale ale ştiinţei. Astfel printr'o colaborare largă între oamenii noştri de ştiinţă ceî mai autorizaţi şi medicii cari lucrează pe teren şi cunosc împrejurările locale, socoteam că este posibil să studiem mai bine problemele sănătăţei publice româneşti şi să găsim — cele mai bune soluţiuni pentru a le rezolvî.

De aceea astăzi când se realizează organizarea pe baze corporative a profesiunilor şi a statului, — medicii au satisfacţia de a vedea înfăptuindu-se unul din idealurlie pentru care au luptat multă vreme.

D. ministru al sănătăţii subliniază apoi activitatea desfăşurată de medici în război, dela cei carî au lucrat în primele linii până la cei cari au desfăşurat o activitate remarcabilă în spitalele din interiorul ţării.

Medicii în unanimitatea lor, ori unde s'au găsit, şi-au îndeplinit misiunea lor cu pricepere, cu dragoste şi cu un devotament mai presus de orice laudă.

Medicii cari au lucrat în primele rânduri şi din cari unii au căzut pe câmpul de onoare, se bucură astăzi de elogii unanime, atât de bine meritate.

Tin să aduc aceleaşi elogii medicilor şi mai ales chirurgilor cari au desfăşurat în spitale o muncă şi o pricepere care a redat vieţei şi societăţei mii de ostaşi cari au fost foarte grav răniţi.

Cu acelaşi entusiasm, medicii vor lucra după război, în marea operă de ridicare socială şi sanitară a ţării, care constitue una din preocupările fundamentale ale Conducătorului Statului.

In această atitudine şi cu aceste convingeri, s'au găsit medicii în momentul când d. mareşal Antonescu, în fruntea oştilor biruitoare a desrobit Basarabia.

Iar la telegrama de omagiu şi de mărturisire a acestei credinţe d. mareşal Antonescu a binevoit a răspunde:

«Mulţumesc Corpului Medical Românesc şi personalului sanitar al ţării pentru închinarea de recunoştinţă adusă oştirii întregitoare de ţară şi pentru contribuţia lor de mare preţ şi de mare răspundere în lupta desrobitoare de fraţi şi pentru acţiunea de refacere naţională integrală pentru cucerirea viitorului ce ni se cuvine ca neam».

Pe aceiaşi poziţie stau medicii astăzi şi vor rămâne întotdeauna.

De aceia d. ministru roagă pe d. preşedinte al consiliului să asigure pe Domnul Mareşal Conducător nu numai de admiraţia lor profundă pentru opera realizată, nu numai de încrederea lor absolută în lupta pe care o duce, — dar şi de devotamentul lor desăvârşit pentru idealul social şi naţional pe care Mareşalul îl urmăreşte şi îl înfăptueşte zi cu zi.

Expunerea d-lui prof. Mihai A. Antonescu, Vice-Președintele Consiliului de Miniștri

Dl. Vice-Președinte al consiliului își începe cuvântarea prin a face elogiul corpului medical, astfel:

«Este pentru mine o mândrie, ca la această cea dintâi întâlnire a noastră, să exprim în numele guvernului, recunoștința cea mai curată și cea mai adâncă, pentru medicii desrobitori de Neam, care alături de oștile noastre, ne-au ajutat biruința și au dovedit sufletul românesc al Corpului medical.

Explicând rostul adunării de față, d.. Vice-președinte al Consiliului de Miniștri spune:

«Mareșalul Antonescu în Proclamația program către țară, cu prilejul plebiscitului, a anunțat organizarea profesiunilor, încadrarea lor într'o nouă disciplină națională și reprezentarea acestor profesiuni, în Camera Corporativă, care alcătuește una din secțiunile Consiliului de Stat, adică în conducerea națională a Țării.

Fără îndoială, că această primă întâlnire a noastră trebue să explice colaborarea dintre guvern și dintre Corpul medical, nu numai prin această împărtășire de crezuri comune, ci în mod constructiv, pentru stabilirea temeiurilor pe care se va așeza această organizare profesională a medicilor și modul cum Mareșalul Antonescu și guvernul înțelege să-i dea rostul de reprezentare națională și de colaborare, la conducerea țării.

ORGANIZAREA NAȚIUNII ESTE TEMELIA STATULUI NOU

Domnilor Medici, mă adresez Dvs. cu convingerea că înțelegeți, prin pregătirea Dvs. profesională, mai mult decât ori cine, problemele Statului român de azi.

O veche infirmitate a științelor sociale, care au fost prea mult așezate pe criterii logice și prea puțin pe temeiuri biologice, a făcut ca în științele sociale, adesea, logica și filosofia, să predomine asupra biologiei și experienței.

Trebue să renunțăm la această artificialitate a metodelor științelor sociale și cu orice preț, trebue să privim Statul și Națiunea, ca un mare organism, condus de legi firești și în care, științele sociale trebue să-și facă datoria, de a afla marile comandamente, după care un Neam trebue să se conducă.

Știința Națiunei este azi știința Statului. Organizarea Națiunei este azi temelia organizării Statului.

De aceia, ceeace trebue să reprezinte opera Mareșalului Antonescu, este de a substitui statul formal, convențional, retoric, prin statul natural, biologic și autentic național.

In această nouă așezare a Statului, profesiunile au fără îndoială, o mare funcțiune. Ele reprezintă în organizarea și funcționarea Statului, în trăirea Națiunei, un element de viață și de creație, un element funcțional, nu un element logic, abstract.

LIPSURILE STATULUI DE PANA ACUM

Statul nostru n'a fost un stat organizat. In loc să privim realitățile sociale și nevoile neamului românesc, am copiat din străinătate așezări și instituții, fără însă ca acestea să fie precedate de experiența socială, pe care au trăit-o popoarele dela care le am copiat. Deaceea, deasupra realităților naționale am creiat un eșafodaj de reguli, de principii și instituții, străine de sufletul românesc, în afară de nevoile organice ale vieții românești și multe ori, chiar incomparabile cu acestea.

De ce n'aș menționa ca exemplu constatarea, că am adoptat principiile romantice ale liberului exercițiu profesional, fără să țină seama că în neamul românesc, trebue întâiu să organizăm profesiunea pentru Români, și după ce Românii erau stăpânii exercițiului vieții naționale și ai funcțiunilor statului, numai atunci să putem vedea, în ce măsură străinii, pot să-și exercite profesiunea alături de noi.

Trebue să înlăturăm toate aceste așezări factice.

Trebue să dăm revoluției naționale a Mareșalului Antonescu nu numai dreptul creator de a folosi toate puterile de viață românești ci și de a le organiza, ținând seamă de toate nevoile autentice românești

PROBLEMA SANATAȚII POPORULUI ROMÂN

Inainte de a vă arăta care sunt bazele pe care înțelegem să facem această organizare — a continuat d-sa — îmi voi îngădui, pentru ca să nu aveți impresia unor observații critice cu care încep această primă legătură a noastră, ci a unei simple constatări, sincere, deschise, a păcatului comun, — să citez câteva exemple asupra problemelor medicale și sanitare ale neamului nostru, care sunt cu totul străine de așezările de civilizație, de ordinea medicală și sanitară a popoarelor occidentale de unde noi am copiat fără discernământ instituții, principii și așezări.

Neamul Românesc este un popor de mare natalitate; în scara nașterilor europene ocupăm loc de frunte.

Totuși, într'o vreme în care rasele lumii duc o luptă biologică, nu numai politică economică sau ideologică, astfel că problemele natalității sunt fundamentale pentru viitorul Națiunilor, într'o vreme în care sub ochii noștri cad toate națiunile care n'au știut să vadă la timp ce însemnează valoarea biologică a războiului și nu și-au luat măsuri de apărare a natalității și de organizarea națiunii;

In același vreme, noi am privit, problemele natalității românești ca un simplu fenomen statistic, pe care l-am înregistrat în constatări, mai mult sau mai puțin emoționante, într'unele conferințe sau articole de reviste și ziare.

In aceiaș vreme, aceleași statistici, au invederat și invederează de mulți ani, cumplita mortalitate infantilă din țara noastră.

In această vreme, în care ocupăm în scara natalității europene locul de frunte, dacă cercetăm soldul, procentul de înmulțire al populației românești, constatăm o secătuire a acestei rezerve biologice a natalității prin lipsa totală de grijă a acestei rezerve biologice a natalității prin lipsa totală de grijă a noastră pentru fenomenele de eugenie, de îngrijirea natalității și de evitarea mortalității infantile, pentru igiena populației, ceeace explică prăbușirea de 38 la mie a natalității românești și reduce considerabil înmulțirea efectivă a populației noastre

Așa dar, am privit abstract problemele fundamentale, de viață a neamului nostru.

Ne-am mărginit să copiem instituții, principii și reguli de așezare a învățământului medical, a instituțiunilor medicale, a clinicilor și problemelor medicale și nu ne-am luat curajul să spargem acest eșafodaj, care putea fără îndoială să fie folositor, atunci când ne-am așezat viața noastră medicală, dar trebuia să știm să scoatem dintr'nsul elementele de viață autentică românească și să-l adaptăm nevoilor românești.

La fel se prezintă și problema bolilor sociale din România, cum este tuberculoza, care are atâtea consecințe grave pentru viitorul neamului. Ravagiile pe care le aduce pelagra, și pe care le-a adus în ultima vreme sifilisul, paludismul și toate acestea se adaogă la marea, la grava problemă a higienei rurale și a vieții alimentare a țăranului nostru.

Explicația mortalității infantile, a dinamizării populației noastre și a boalelor sociale trebue văzută nu numai în condițiile sanitare și în imperfecțiunile regimului nostru medical curativ dar trebue căutată în lipsa de prevedere, în insuficiența medicinei sociale și a regimului preventiv, pentru combaterea boalelor sociale.

Tonicul cu gust plăcut

HAEMATICUM GLAUSCH

toți copiii îl iau cu plăcere

Acțiune rapidă fortificantă și hematopoetică

Combinațiune fero-manganică organică, într'o formă ușor rezorbabilă. Prin adausuri de substanțe amare aromatice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr. . . Lei 130.—
Flacon cu ca. 500 gr. . . Lei 234.—

Flaconul mare deosebit de economic!

MAX GLAUSCH, KLOTZSCHE-DRESDEN
DEP.: „PHARMAG" S.A., BRAȘOV

INAPETENȚĂ - ANEMIE - CLOROZĂ
ASTENIE GENERALĂ - CONVALESCENȚĂ - SCROFULOZĂ - RACHITISM

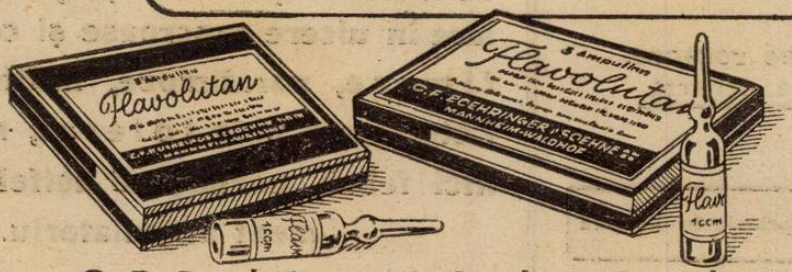
Protecția gestației

în avort iminent și habitual,
sterilitate în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemorragii (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. **Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.**



Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:
COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa reprezentanţei generale Bucureşti, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

Estetica Feţei

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂŢEANU

INDICAŢIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicaţiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU şi Dr. BANCIU

Se întrebuinţează în injecţii intramusculare în ulcere şancroase şi complicaţii: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă şoc, nici febră, permiţând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din ţară

Pentru literatură a se adresa reprezentanţei generale, Bucureşti Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Prin urmare, trebuia să ne luăm curajul să privim problemele medicale şi sanitare româneşti şi să căutăm soluţii pentru neamul nostru, ţinând seamă de nevoile noastre.

Din nefericire, organizând un regim de spitale şi o aşezare sanitară în genere, căreia cu toată onestitatea înţeleg să-i fac omagii, ne am ocupat foarte târziu de marile şi gravele probleme ale naţiunii româneşti pe planul medical.

NOUA ORGANIZARE ŞI MISIUNEA CORPULUI MEDICAL

Ceeace trebue să facem azi este ca, lăsând la o parte dogmele străine, pulverizând fără trufie, dar cu sinceritate, toate absorbţiunile acestea şi adaptările din străinătate, să ne luăm curajul să privim problemele româneşti în faţă şi să le găsim soluţii pe fiecare plan de activitate profesională.

Marea misiune a profesiunii medicale şi a Corpului profesional pe care l veţi întemeia, este această misiune creatoare şi naţională, de a zdruncina din temelie aşezările factice, de a folosi toate aşezările sănătoase pe care ordinea medicală şi sanitară a neamului nostru le are azi şi mai ales de a creia o nouă ordine de gândire medicală şi sanitară şi de a rezolva toate problemele de ordin sanitar şi medical.

Aceasta este marea misiune a corporaţiei medicale.

Dela început, prin urmare, vă rog să înţelegeţi că Mareşalul Antonescu prin această organizare profesională nu înţelege să aducă noui paturi de Procust, în care să limiteze iniţiative, dreptul de viaţă şi de creaţie al profesiunei.

Mareşalul Antonescu vrea dimpotrivă, ca prin aceste organizări profesionale, să ajute Statul, în rezolvarea propriilor lui probleme, asociindu-şi puterea de creaţie a Corpurilor profesionale, sănătos organizate, creatoare şi organizatoare de elite, care să colaboreze cu guvernul, la rezolvarea marilor probleme naţionale.

In acest scop organizarea profesională medicală trebue să aibă un întreit caracter.

Ea trebue să substitue asociaţiile colegiale, care fragmetar şi incomplect puteau să satisfacă unele aspiraţii de solidaritate morală, între membrii Corpului medical. Trebue în acelaş timp ca această organizare profesională să devină un Corp tehnic, constituit după regule rigide de selecţie, de formare a cadrelor, de alegerea elitelor conducătoare, un Corp tehnic, care înăuntru să poată să aibă acest element de selecţie, de cunoaştere şi recunoaştere a meritelor şi capacităţilor, iar în afară să poată apăra interesul cei mai calificaţi ai profesiunei, aleşi de Corpul medical.

In sfârşit acest Corp profesional trebue să-şi înţeleagă misiunea lui naţională.

Fiind o funcţie naţională, el trebue să coparticipe la toată viaţa naţională, nu numai în mod formal, ci în mod funcţional. El trebue să se integreze în disciplina naţională organizatoare de Stat şi să colaboreze la viaţa naţională condusă de guvern.

Toate problemele sanitare, toate problemele medicale ale Neamului nostru vor fi cercetate în interiorul Corpului profesional, ce va prezenta guvernului nu numai deziderate de organizare, de funcţionare şi de selecţiune a Corpului medical pentru formarea elitelor, dar adevărate planuri naţionale de creaţie şi de conducere a marilor interese sanitare şi medicale româneşti din care guvernul să poată scoate elementele propriului său program de înfăptuire.

Această asociaţie colegială, creatoare de tradiţie românească pe temeiul profesiunilor acest Corp tehnic întmeietor de elite profesionale, creator de elemente de valoare şi ziditor de oameni noui, în exerciţiul fiecărei profesiuni trebue să fie în acelaş timp complectat cu Corpul profesional creator de naţiune, întemeetor de spiritualitate nouă, colaborator sincer la conducerea Statului, colaborator funcţional în zidirea Naţiunii pe baze noui, realiste şi sigure.

Iată prin urmare întreitul scop cu care păşim la reorganizarea Corpurilor şi Asociaţiilor profesionale pentru a putea să le încadrăm în disciplina naţională si să le aşezăm la temelia noului Stat.

In asemenea condiţii şi cu aceste crezuri, nădăjdesc că, între concepţia organizatoare a Mareşalului Antonescu, între tehnica de închegare naţională a guvernului şi între aspiraţiile dv. profesionale şi propriile dv. crezuri de viaţă şi liber profesionişti, nu poate să existe nici un fel de incompatibilitate.

Voim ca, după ce această organizare profesională se va întemeia, să facem dintr'însa, nu numai un Corp tradiţional, rigid şi închis, care izbuteşte să dea Statului un organ nou şi o funcţiune nouă, ci să facem din acest Corp profesional o celulă de reprezentare naţională.

Odată constituit, Corpul profesional va fi reprezentat în Camera corporativă a Consiliului de Stat. Din această Cameră corporativă şi dintre membrii organizării dvs. profesionale, se vor alege anumiţi reprezentanţi cari vor purta, pe planul coheziunei naţionale, în secţia naţională a Consiliului de Stat, nu numai reprezentarea intereselor naţionale, dar marea şi istorica contribuţie a medicilor români la aşezarea sănătoasă a Statului şi Neamului nostru.

Prin urmare, nu numai funcţiuni de reprezentare profesională nasc odată cu noua organizare la care păşim, ci adevărate funcţiuni de creaţie şi de reprezentare naţională.

Doresc din toată inima ca să renunţăm la vechile metode retorice, care adesea acopereau abil antagonismele cele mai crucîale, sau satisfăceau incomplect, ambiţiile cele mai rebarbative şi paradoxale şi doresc să începem dintr'odată o colaborare strânsă de acţiune tehnică şi creatoare între dvs. şi guvern.

D. prof. Mihai Antonescu roagă colegiul, ca pe bazele acestea noui de concepere a Corpurilor profesionale, în termen de trei săptămâni de azi, să se facă guvernului propuneri concrete, asupra modului de organizare tehnică, asupra principiilor constitutive şi asupra altor amănunte considerate utile, pentru ca să fie încorporate în legea le structură a organizaţiilor profesionale în genere şi în legea specială a organizării Corpului medical.

MARILE IMPERATIVE ALE PREZENTULUI

Organizând pe bază de tradiţie profesională — a spus d-sa în continuare, — să înţelegeţi totuşi că neamul românesc străbate azi un moment de zbucium, în care nu avem decât un singur comandament: al unirii tuturor credinţelor şi a tuturor puterilor şi că fără o asemenea înjghebare de conştiinţe, fără o asemenea unitate de crezuri nu va putea să fie nimic înfăptuit temeinic.

Mareşalul Antonescu a venit în viaţa noastră publică plin de lealitate dârză a militarului.

Mareşalul nu este om politic, este un om de Stat.

Sectarisme, fascicole de interese particulare sau de grup, nu-l pot să-l intereseze.

Mareşalul Antonescu e naţional.

El are misiunea istorică, mai ales în acest ceas de cutremurare internaţională, de zdruncinarea temeiurilor de viaţă ale civilizaţiei şi de recâştigarea drepturilor noastre, să facă totul, pentru ca să consolideze acest neam şi să poată să-şi asigure prin pârghii de viaţă şi de coheziune, tot ceeace trebue să avem, pentru a înfrunta primejdiile şi a ne zidi istoria.

Deaceea vă rog să ţineţi seama, că ceeace vi se adresează azi, nu este solicitarea subiectivă şi factice a unui guvern, care vrea să-şi consolideze o poziţie, ci este cel mult exprimarea

frământată de neliniște a unui om, care își împarte fiecare clipă de gând și de viață și care asistă chinuit la toată lupta Mareșalului Antonescu, a unuï om care n'are nici o altă ambiție decât aceea de a-i sluji crezurile și care n'are nici un alt gând, decât acela de a vă face pe toți să-i simțiți misiunea națională și să vă prindeți toți în acest fior sfânt, care trebue să ne unească pentru a ne zidi drepturile, pentru a ne desrobi dreptatea, pe care n'am avut-o încă, și pentru a asigura viitorul acestui neam pe temelii de viață, cu care să putem înfrunta toată trudnicia vremurilor ce vor să vie.

Cu acelaș realism îmi fac datoria să vă adaog:

Victoria dela Răsărit nu numai că ne-a readus mândria, nu numai că ne-a readus pământurile, nu numai că ne-a dat temeïul de revizuire a conștiințelor, dar ne dă mai ales povara de a gândi asupra viitorului.

In Europa se dă azi o luptă crâncenă, pentru așezarea civilizației pe baze noui, în care forțele biologice, cu puterile creatoare și ideia de justiție socială, legată de ideia națională, vor sta la temelia lumiï care va să vină.

Dar pentru ca această lume să se zidească, pentru ca această lume să se poată împlini, Europa va trece printr'o cumplită criză. Trecerea dela starea de război la starea de pace, adaptarea Europei dela situația de sbucium și de frământare de azi, la ordinea creatoare de mâine, nu se va putea înfăptui dintr'odată.

Pe de altă parte, în măsura în care războiul va continua și va secătui puterile de viață ale Europei, așezarea de mâine va fi mult mai grea și criza pe care o va străbate Europa, până să ajungă acolo, va fi mult mai adâncă și mai gravă decât aceea prin care a trecut Europa la 1918.

Din această secătuire economică, din această zdruncinare morală și spirituală, din această frmântare care a smuls deja Europei atâtea vieți și îi va smulge mâine altele, nu vor ieși triumfătoare decât neamurile cari vor ști nu numai să-și fixeze poziția drepturilor, nu numai să-și consolideze viața, dar să se pregătească, organizându-se pentru furtunile de mâine.

Atât pe plan național, cât și pe plan profesional, noi avem datoria acestei prevederi.

Pe plan național, noi trebue să dăm acestui Stat puteri de organizare și de siguranță., care să poată fi mâine zid de rezistență, împotriva acestor frământări, care vor amenința și Europa și țara noastră. Din punct de vedere profesional este inutil să vă amintesc zbuciumul pe care l-a trăit Neamul nostru în acest scurt război. Dar îmi fac datoria să vă amintesc perioada cumplită de epidemii care a venit cu celălalt război, care a zdruncinat puterile de viață ale neamurilor printr'o infinitate de crize pe care nu toate Statele au avut prevederea să le întâmpine, pentru ca să le reducă primejdiile.

Pe plan profesional trebue să ținem seama, prin urmare, și să organizăm din vreme o așezare care să ne dea puterea de a înfrunta ceeace cu siguranță va veni: acelaș val de epidemii și primejdii.

Pe planul social va trebui cu orice preț să ținem seama că desechilibrul economic, că această frământare de structură europeană, și toate consecințele ei, vor aduce un zbucium atât de adânc, încât marea contribuție a medicilor este de a ne ajuta la împlinirea justiției sociale, făcând o operă de întărire a vieții celor slabi, de consolidare a credinței celor înfometați, de ușurare a suferinței pentru cei bolnavi și loviți.

Misiunea socială a Corpului medical, în aceste ceasuri de război, este fundamentală pentru continuitatea noastră de stat și pentru organizarea noastră ca națiune, pentru ca să putem birui criza ce va veni.

D-l Vice-Președinte al Consiliului face un călduros apel către medici, de a pregăti printr'o organizare sănătoasă și temeinică, înfruntarea acestei crize, prin măsuri de prevedere pe care profesia medicală trebue să le ia cea dintâiu.

Am convingerea că mă adresez nu numai medicilor, a încheiat d. prof. Mihai Antonescu, nu numai judecății reci a unor colegi cari împart cu mine răspunderile unor profesiuni, am convingerea adâncă, nestrămutată că mă adresez mai ales conștiinței dvs. de Români, acestei conștiinți care adaugă la trezărirea noastră românească de veacuri, fiorul înțelept al unei judecăți care înțelege mai bine decât oricine, că viața este o luptă atât pentru oamenii și neamurile, cari știu să aibă un scop, cari își fac din rostul lor de viață o misiune și cari au puterea să-și îmbărbăteze conștiința nu numai în judecata rece a interesului personal, ci în sfânta tradiție a destinului național. (Aplauze îndelung repetate)

După terminarea expunerii sale, d. Prof. Mihai Antonescu, Vice-Președintele Consiliului de Miniștri, s'a întretinut cu delegații Corpului medical, într'o atmosferă de desăvârșită înțelegere.

La plecare, asistența i-a făcut o caldă manifestație de simpatie.

Noui norme de selecționare a farmaciștilor

Ministerul Sănătății și Ocrotirilor sociale a stabilit, printr'un Decret-Lege, noui norme pentru selecționarea farmaciștilor cari vor conduce farmaciile publice.

In acest scop s'au modificat articolele 367, 368, 369, 371, și 372 din legea sanitară, — în modul următor:

ART. 363. — In fiecare an ministerul publică examenul de clasificare pentru ocuparea circumscripțiilor de farmacii vacante.

In termen de 20 zile dela publicarea vacanțelor în Monitorul Oficial, cei interesați înaintează ministerului cererile de înscriere la examenul pentru ocuparea locurilor vacante.

La examen se pot înscrie toți licențiații în farmacie.

Reușita la examenul de clasificare scutește candidatul de stagiul cerut de lege pentru dreptul de dirigenție, el obținând odată cu concesia și acest drept.

Nu sunt admiși la examen farmaciștii care au avut o concesie prin concurs, dar au înstrăinat-o.

Candidații, pentru a fi admiși la examen trebue să îndeplinească următoarele condițiuni de admisibilitate dovedite prin acte depuse odată cu înscriere:

a) Să fie licențiat sau doctor în farmacie;

b) Să fie de naționalitate română și de origină ariană;

c) Să nu fi fost condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă la vreo pedeapsă infamantă;

b) Să nu fi fost destituit din vreo funcțiune publică sau pus în retragere din oficiu pentru vreuna din cauzele prevăzute de legea sanitară sau orice altă lege;

e) Să nu fi suferit vreo condamnare la vreuna din pedepsele care ar interzice dreptul de a mai ocupa funcțiuni:

f) Bărbații să fi satisfăcut legea recrutării.

La cererea de înscriere, candidații vor anexa un memoriu de activitate profesională și socială, titluri și lucrări.

ART. 365 — Circumscripțiile farmaciilor sunt delimitări administrative, fixate de minister, cu scopul unei bune și normale distribuiri a farmaciilor în țară, în raport cu nevoile populației și în conformitate cu art. 364 din lege.

Ele nu sunt definitive și nu constituesc un drept în favoarea concesio-

3 PREPARATE

„RIEDEL“

CU REPUTAȚIE MONDIALĂ

DECHOLIN

Comprimate și fiole

Choleretic și cholagog. Singura substanță hepatotropă injectabilă.

NOCTAL

Comprimate

Hipnotic suveran. Degradarea completă în timp de 6 — 8 ore.

NEOHEXAL

Comprimate

Desinfectant urinar. Eficace și cu gust plăcut. Foarte indicat și în pediatrie.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Literatură la cerere prin reprezentanță:

RUDOLF FOREK, BUCUREȘTI III, Strada General Eremia Grigorescu 6

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

narului, care are ca drept câştigat prin decretul de concesiune, numai sediul farmaciei sale. Ministerul poate modifica circumscripţiile ori de câte ori interesul sănătăţii publice o cere.

Circumscripţia unei farmacii urbane sau suburbane este formată din teritoriul fixat pe străzi şi distanţe bine determinate, care sunt trecute într'o decizie ministerială ce se comunică concesionarului.

Circumscripţiile farmaciilor rurale sunt formate din una sau mai multe comune, aflate pe rază de maximum 10 km.

ART. 367. — Concesiunea penru înfiinţarea unei farmacii publice urbane sau rurale, precum şi transferările se acordă numai pe baza examenului de clasificare ţinut în condiţiunile legii de faţă.

Comisiunea este formată dintr'un preşedintele şi doi membri, toţi trei profesori, agregaţi sau conferenţiari universitari dela facultăţile de medicină şi farmacie numiţi de minister. Comisiunea va avea un secretar numit de minister.

Examenul de clasificare se ţine la Ministerul Sănătăţii. Data începerii lui se va publica în Monitorul Oficial cu 30 zile înainte de data fixată.

ART. 368. — Examenul de clasificare constă din următoarele probe:

1. O probă de activitate profesională şi socială de titluri şi de lucrări, în care candidatul îşi susţine oral, memoriul anexat cererii de înscriere, într'o expunere de maximum 10 minute.

2. O probă practică ce constă în executarea unei ordonanţe medicale care va fi urmată de o expunere de maximum 5 minute, asupra lucrări efectuate.

3. O probă orală, care constă în recunoaşterea unui drog. Ea va dura 10 minute şi anume: 5 minute pentru recunoasterea drogului şi 5 minute pentru descrierea lui.

Un regulament special va detaila mecanismul examenului şi va conţine o programă analitică a probei de recunoaştere şi de descriere a drogurilor.

Candidaţi sunt notaţi dela 0 — 20.

ART. 369. — Tabloul de clasificare întocmit de comisiune se înaintează ministerului pentru îndeplinirea formalităţilor necesare Candidaţii care au obţinut nota medie generală de minimum 15, sunt clasificaţi şi se trec pe tablou.

Tabloul este valabil un an, iar concesiunile de farmacie aflate vacante la ţinerea examenului sau cele ce devin vacante în cursul anului se acordă în ordinea clasificării.

ART. 371. — Pe baza rezultatului clasificării, aprobat de minister, concesiunile de farmacie se acordă prin decret, în ordinea tabloului de clasificare rămas definitiv, în urma aprobării ministerului.

ART. 372. — Decretul conţine numele farmacistului şi precizează localitatea şi circumscripţia penru care s'a acordat concesiunea. Farmacistul concesionar este dator sub sancţiunea pierderii concesiunii, să-şi deschidă farmacia în termen de cel mult două luni dela data publicării decretului de concesiune în Monitorul Oficial.

Examenul pentru concesiunea farmaciilor vacante

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale aduce la cunoştinţa generala că, fiind vacante un număr de 300 farmacii urbane şi rurale, toţi farmaciştii licenţiaţi se pot prezenta la examenul pentru concesiunea farmaciilor vacante ce va începe Vineri 19 Decembrie 1941 ora 9 dim. în localul ministerului din calea Plevnei 19.

Nu vor fi admişi la examen farmaciştii mai în vârstă de 50 ani precum şi acei cari au avut concesiuni, dar le-au înstrăinat.

Examenul de clasificare constă din următoarele probe:

a) O probă de activitate profesională şi socială, de titluri şi lucrări, în care candidatul îşi susţine oral, memoriul anexat cererei de înscriere, într'o expunere de maximum 10 minute;

b) O probă practică ce constă în executarea unei prescripţii medicale care va fi urmată de o expunere de maximum 5 minute asupra lucrării efectuate;

c) O probă orală care constă în recunoaşterea unui drog tras la sorţi dintre 60 droguri trecute pe tabloul de clasificare publicat în M. O. Nr. 274 din 18 Noembrie 1941.

Proba orală va dura 10 minute şi anume: 5 minute pentru recunoaşterea drogului şi 5 minute pentru descrierea lui. La descrierea drogului se va vorbi despre origine, recoltare, păstrare, pincipii medicamentoşi, folosire în farmacie.

Candidaţii cari au obţinut media generală de minimum 15 sunt clasificaţi şi se trec pe tabolu. Tabloul este valabil un an, iar concesiunile de farmacie, aflate vacante la finele examenului sau cele ce devin vacante în timpul anului, se acordă în ordinea clasificării.

D. Mareşal Ion Antonescu, Conducătorul Statului, a binevoit a dispune ca tuturor farmaciştilor aflaţi sub arme şi care se vor înscrie la acest examen, să li se acorde un concediu de 30 zile.

Cursurile de iniţiere pentru medicii stagiari care pleacă în Basarabia

In urma cererii Ministerului Sănătăţii, d. mareşal Ion Antonescu a aprobat ca 70 din medicii cari îşi fac în prezent stagiul militar să fie repartizaţi la serviciile sanitare ale Basarabiei şi Bucovinei, completându-se astfel toate locurle de medici oficiali în provinciile româneşti desrobite.

D. profesor dr. Petre Tomescu a hotărît să se ţină o serie de cursuri rezumative de iniţiere pentru aceşti medici, punându-i în curent cu organizarea administraţiei sanitare a ţării şi cu problemele epidemiologice ale Basarabiei şi Bucovinei.

Cursurile au început în amfiteatrul ministerului sănătăţii din calea Plevnei.

D. profesor dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii, a ţinut o cuvântare introductivă în care a arătat rolul frumos pe care îl au cei 70 de medici tineri de a apăra provinciile desrobite de pericolul boalelor epidemice şi de a asigura asistenţa medicală a fraţilor noştri de acolo.

Ministrul sănătăţii a ţinut să se complecteze cunoştinţele medicilor tineri prin expunerea problemelor sanitare care interesează cu deosebire Basarabia şi Bucovina.

Cursurile vor fi urmate de numeroase lucrări pracicie referitoae la desinfecţie şi deparazitare.

D. dr. I. Stoichiţia, secretar general al Ministerului Sănătăţii ţine o conferinţă cu subiectul «Câteva noţiuni despre organizarea noastră sanitară».

D. profesor dr. Ciucă conferenţiază despre «Epidemiile de război».

D. prof. dr. Gh. Zotta şi prof. dr. Ciucă vor conferenţia despre «Epidemiologia şi combaterea malariei» (cu demonstraţiuni practice).

D. prof. dr. I. Bălteanu va conferenţia despre «Bolile eruptive. Mijloacele de prevenire şi combatere», şi «Organizarea luptei pe teren în contra tifosului exantematic.

D. prof. dr. Combiescu conferenţiază despre «Epidemiologia tifosului exantematic. Mijloacele de prevenire şi combatere».

D. colonel dr. Popescu Măleanu, despre «Epidemiologia şi combaterea febrei tifoide.

D-nii d-ri Dumitru Cornelson şi Haralambie Ungureanu vor face demonstraţiuni practice de utilizarea mijloacelor de desinfecţie şi deparazitare şi anume: etuvele cu aburi sub presiune, etuvele cu vapori fluenţi, cuptoare de deparazitare, aparate de formolizare, sulfurizarea.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Personalul sanitar a binemeritat dela Patrie

Ordine de zi pe Armată

Luptele crâncene contra bolşevismului au provocat unităţilor grele pierderi.

Prin grija deosebită şi munca devotată a personalului sanitar de toate categoriile, o mare parte dintre răniţi au fost din nou recuperaţi şi retrimişi unităţilor luptătoare.

Graţie măsurilor higienice bine chibzuite, luate de acelaş personal medical, unităţile au fost ferite de epidemii.

In toate spitalele se remarcă preocuparea deosebită a tuturor pentru îngrijirea celor suferinzi.

Pentru munca şi devotamentul de care a dat dovadă, citez pe Armată, întreg Corpul Sanitar dela toate formaţiunile atât cele din zona armatelor de operaţii cât şi pe cele din zona interioară, binemeritând dela Patrie.

Alături de Corpul sanitar militar, Consiliul de patronaj al Operelor Sociale, Societatea Crucea Roşie, Societatea Ortodoxă a femeilor române, au depus munca lor devotată pentru alinarea suferinţelor luptătorilor cari s'au întors de pe câmpul de luptă cu trupurile sfârtecate şi s'au străduit să înlăture, învingând nenumărate greutăţi, nevoile familiilor sărace şi ale luptătorilor.

Pentru devotamentul şi munca lor neprecupeţită citez pe Armată şi aduc mulţumirile Patriei, Societăţilor enumărate mai sus.

(ss) I. ANTONESCU
Mareşal al României
Conducătorul Statului

Comisiunea pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a constituit următoarea comisiune pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase:

D. dr. I. Stoichiţia, secretar general al ministerului; d. prof. dr. I. Ionescu-Mihăeşti, directorul institutului de seruri şi vaccinuri „Prof. dr. I. Cantacuzino»; d. prof. dr. M. Ciucă; d. prof. dr. I. Moldovan, directorul institutului de igienă Sibiu; d. prof. dr. I. Bălteanu, directorul institutului de igienă Iaşi; d. prof. dr. Gh. Zotta; d. general dr. I. Saidac.

Instituirea comitetelor de conducere ale colegiilor medicale din Basarabia şi Bucovina de Nord

Pentru a îndruma activitatea profesională a corpului medical din provinciile desrobite Basarabia şi Bucovina, ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale a instituit comitete de conducere a colegiilor medicale din aceste provincii.

Aceste comitete vor supraveghia îndeaproape condiţiile în care se face asistenţa medicală a populaţiei precum şi activitatea profesională a medicilor, contribuind astfel la îmbunătăţirea sănătăţii publice.

Următorii medici au fost numiţi preşedinţi şi membri ai comitetelor de conducere a colegiilor medicale din judeţele din Basarabia şi Bucovina:

Jud. Bălţi: Preşedinte: Dr. Stoian Const.; Membru: Dr. Stretcu Ioan şi Dr. Trufinescu V.

Jud. Cahul: Preşedinte: Dr. Gr. Ţurcanu; Membri: Dr. Ion Scutaru şi Dr. Beşleagă Ion.

Jud. Cetatea Albă: Preşedintele: Dr. Sufleri C.; Membri: Dr. Bogoş Teodor şi Dr. Radu Gheorghe.

Jud. Chilia nouă: Preşedinte: Dr. Stoian Mihail; Membri: Dr. Granici Marc, şi Dr. Chircă Ion.

Jud. Ismail: Preşedinte: Dr. Spălăţelu Ioan; Membri: Dr. Bali Anton şi Dr. Teodorescu Nic.

Jud. Lăpuşna: Preşedinte: Dr. Ceapă Calistrat; Membri: Dr. Isanos Mihail şi Dr. Constantinescu N.

Jud. Orhei: Preşedinte: Dr. Macovei Teodor; Membri: Dr. Gherbanowschi Gh. şi Dr. Şeteanu Grig.

Jud. Soroca: Preşedinte: Dr. Constandache; Membri: Dr. Eftimie C-tin şi Dr. Alexandrescu D.

jud. Tighina: Preşedinte: Dr. Eminescu Irofte; Membri: Dr. Grigorescu Gh. şi Dr. Şerbănescu Vasile.

Jud. Cernăuţi: Preşedinte: Dr. Nandriş Ion; Membri: Dr. Constantinescu G. H. şi Dr. A. Vrânceanu.

Jud. Hotin: Preşedinte: Dr. Ioan Bordeianu: Membri: Dr. Bogoş Vlad şi Dr. Dinulescu.

Jud. Storojineţ: Preşedinte: Dr. Teodor Costâc; Membri: Dr. Pompeiu Popovici şi Dr. Glava Gh. Atanasie.

Indemnitate specială pentru medicii dela ţară

Consiliul de miniştri, în şedinţa dela 11 Noembrie 1941, a decis următoarele:

ART. I. — Medicii care au funcţiunea şi reşedinţa permanentă în comune rurale precum şi medicii igienişti de plasă, primesc o indemnitate pentru activitate şi merite excepţionale de lei 2.000 lunar.

ART .II. — Medicii de circumscripţii sanitare rurale şi medicii de spitale din regiunile ţării cu un nivel economic şi social foarte scăzut primesc o indemnitate de lei 4.000 lunar, pentru activitatea ce depun în interesul sănătăţii publice, în cele mai dificile condiţiuni.

Aceşti medicii nu mai primesc indemnitatea prevăzută de art. 1.

ART III — Circumscripţiile sanitare rurale şi serviciile de spitale la care se vor plăti indemnităţile de lei 4.000 lunar, se fixează de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale prin decizie ministerială, motivată şi publicată în Monitorul Oficial.

Numărul acestor circomscripţii sanitare şi servicii de spitale nu va putea depăşi cota de 30 la sută din totalul lor pe ţară.

ART. IV. — Indemnizaţiile de mai sus se acordă cu începere dela 1 Octombrie 1941.

Bursă la facultatea de medicină din Bucureşti

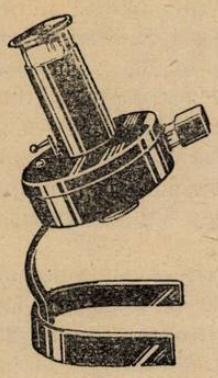
Facultatea de medicină din Bucureşti aduce la cunoştinţa celor interesaţi că, din fondurile Universitare «Iorgu G. Stârcea». s'a prevăzut pentru anul şcolar 1941—1942 o bursă de 5000 lei, de care vor beneficia studenţii în medicină români, selecţionaţi în urma unui examen şi prefecaţi dintre foştii bursieri, ai aceluiaş fond, dela liceul de băeţi «Grigore Ghica Vodă» din Dorohoi.

Avându-se în vedere aceste dispoziţiuni facultatea publică concurs şi invită, pe acei pe care îi interesează, de a prezenta cereri.

Cursuri de specializare

Facultatea de medicină din Bucureşti aduce la cunoştinţa d-lor medici că dela 15 Ianuarie 1942, vor începe cursuri de specializare în balneologie, la institutul de balneologie din spitalul Brâncovenesc.

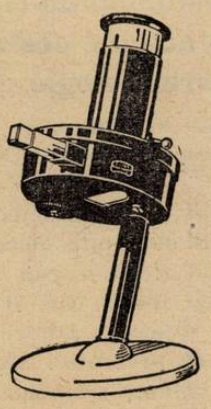
Domnii medici cari doresc să urmeze aceste cursuri se pot înscrie la cancelaria institutului.



ZEISS IKON

BILIRUBINOMETRU
COLORIMETRU
XANTOPROTEINOMETRU
HEMOGLOBINOMETRU

ZEISS IKON



Societate Anonimă de Agentură,
Comision şi Import fost
OTTO & ALFRED HERZOG
Bucureşti I, Bdul. Carol I, No. 48

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Condiţiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

Intr'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Şef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschlaud)

Prospecte ilustrate gratuite

NOTIȚE TERAPEUTICE

Primele comunicări despre rezultatele terapeutice obținute cu dietil-dioxi-stilben, un corp sintetic nou cu acțiune oestrogenă, în dermatologie

Dr. W. W. Kühnau

Clinica dermatologică Bonn. (Referat după Arch. Dermat. u. Syph. 1939 vol. 179).

In loc de folicullină, Kühnau a încercat acum dioxi-dietil-stilbenul, diacetatul sau dipropionatul acestuia resp. Cyren B la 90 de femei, dintre cari 51 au putut fi urmărite ulterior. Dintre aceste 51 de femei, 13 prezentau acnee vulgară, 7 prurit vulvar, 1 eczemă anală, 9 eczeme endogene, 6 eczeme seboreice, 5 eritrocianoză cu pernioză foliculară, 4 alopecie areolară și 1 alopecie difuză și în fine câte 1 cu acnee rosacee, lupus pernio, eczemă intertriginoasă cu diabet, maladia lui Fox-Fordyce, pigmentație și folicullte cu agravare în timpul menstrelor. Incontestabil bune au fost rezultatele la toate femeile cu acnee (în general în vârstă de 15—26 ani). De cele mai multe ori, la acestea coexistau și turburări ale ciclului. S'a dat bolnavilor de 2 ori pe săptămână câte 3 mgr. de dietil-dioxi-stilben în formă de tablete sau pomadă sau câte o injecție cu Cyren B. Rezultatele cele mai rapide pare să le dea pomada, dar și injectiile cu Cyren B au dus într'o lună la vindecarea tuturor pustulelor de acnee. Cele 7 bolnave cu prurit în vârstă de 50—72 de ani au putut toate fi vindecate de pruritul intolerabil cu pomada Cyren sau pomada cu dietil-dioxistilben; e drept că a reapărut după încetarea tratamentului cu pomadă. Se pare că tratamentul cu pomadă ar fi mai eficace decât tratamentul intern. La o femee de 61 de ani cu prurit anal și vulvar pomada pe care și-o pregătise singură cu Cyren nu a avut nici un efect, pe când pomada cu Cyren obicinuită (adică 1 gr. pomadă=1 mgr. Cyren) producea imediat efectul dorit.

La cele 9 femei cu eczema endogenă, care prezintă de obiceiu agravare în timpul menstruațiilor, dar și în timpul menopauzei, injecțiile cu Cyren B sau tabletele de detil-dioxistilben sau pomada produceau o eedare promptă din partea pruritului, regresul infiltrațiunei și ameliorare subiectivă. Rezultatele obținute în eczema seboreică trebuesc încă judecate cu prudență, pentru că lipsesc încă unele cercetări asupra efectului bazei pomadei. Indiscutabil bune sunt rezultatele obținute în eritrocianoză. Efectul pomezii se manifestă foarte prompt, și dacă aceasta se întrebuințează timp de câteva săptămâni, se pot realiza și efecte durabile.

Tratamentul vulvovaginitei prepuberale cu un oestrogen nou sintetic

Dr. J. D. Russ și C. G. Collins

New Orleans. (Referat după J. A. M. A. 1940, vol. 114).

25 de fetițe, în vârstă de 20 de luni până la 12 ani, cu vulvovaginite gonococice au fost tratate indiferent de vârstă, greutate, durata simptomelor și terapeutica anterioară (vaccin antigonococic, Prontosil, etc.), cu de 3 ori pe zi câte 1 mgr. de dioxidietilstilben tablete disolvat în lapte (1 mgr., în 60 de cmc.), per os, în total până la 120 de mgr. La 22 de fetițe, după 7 zile de tratament frotirile arătau absența puroiului și a gonococilor, 2 au avut nevoe de 9 zile de tratament iar una de 18 (27 resp. 54 mgr.) zile până la vindecare. După vindecare frotiurile vaginale nu mai arătau decât celule mari keratinizate. Secreția vaginală se modifică după 72 până la 96 de ore, devine mai fluidă, mucoidă și albă, rămâne astfel până la 1 sau 2 săptămâni după tratament, pentru a dispărea apoi cu totul. Screția groasă, galben-verzue, diminuează net după 36 — 48 de ore. Recidive nu au fost constatate la 8 fetițe observate timp de 3 luni, la 7 timp de 2—3 luni și 10 timp de 2 săptămâni până la 2 luni, în schimb însă reinfecții la 2 (dormind în acelaș pat cu o soră cu vaginită gonococică), cari au fost vindecate cu 20 mgr. dioxidietilstilben (ca și cele 2 surori). Oarecari grețuri și vărsături au fost observate numai la început, când administrarea se făcea fără lapte. Cam 2/3 dintre fetițe au prezentat o colorare mai închisă a aureolei mamare și o tumefacție nedureroasă a sânului, câteva și pigmentare, etc.; dar toate aceste simptome au dispărut la 3 săptămâni dela tratament.

Primele observațiuni asupra proprietăților clinico-terapeutice ale unul preparat nou oestrogen (dietil-dioxi-stilben)

Dr. P. Lorenzinl

Clinica ginecol. Torino.

(Referat după La Ginecologia 1940 vol. 6).

Cyrenul a fost întrebuințat la 20 de bolnave cu turburări de hipo-și-disovarie, resp. în absența ovarelor cu următoarele rezultate bune:

1. Prurit vulvar la o femee de 60 de ani; nici un rezultat durabil cu alte preparate de folicullină. Injectând săptămânal numai 0,5 mgr. Cyren B, după 2 luni semnele de scărpinat au dispărut aproape complet și bolnava nu mai prezintă sindromul prurigînos decât sub o formă ușoară, de scurtă durată. Cura bine tolerată a fost continuată cu câte 0,05 mgr. de 2 ori pe săptămână, până la doza totală de 4,2 mgr.

2. Menopauză incipientă la 4 bolnave cu turburări vasomotorii nete precum și cu psichastenie și migrenă. Sub influența Cyrenului, câte 0,05 mgr. injectate de 2 ori pe săptămână, starea generală se ameliorează. Mai târziu Cyren per os, în total 1 mgr. Odată s'a observat greață cu amețeală.

3. Oligo- și hipomenoree la 2 paciente de 18 și 20 de ani (cu dismenoree accentuată). La al 2-lea ciclu, după 4 luni de injecții cu 0,5 mgr. Cyren B (la 8 și 16 zile după sfârșitul menstruației precedente) urmate de 3 injecții cu Progesteron (câte 2 mgr.), durata și intensitatea hemoragiei menstruale sunt net crescute, dismenoreea devenind absolut tolerabilă. Cura bine suportată se continuă, cu 3 injecții pe lună de câte 0,5 mgr. după menstruație, împreună cu Progesteronul, până ce s'au administrat în total 5,5 mgr. de Cyren B.

4. Stare puerperală la 7 femei după faceri premature și moartea copilului. Din prima până în a 3-a zi a puerperalității, injecții cu Cyren B, la început 0,5 mgr., apoi zilnic de 2 ori câte 0,05 mgr. timp de 3 zile, în total 1.8 mgr. Cyren B. Datorită acestui fapt, lactațiunea este suficient oprită și fără dureri (bandajele nu mai sunt necesare).

5. Amenoree secundară la o pluripară tânără. După 5 injecții a câte 0,5 mgr. Cyren B la interval de câte 4 zile apare o hemoragie vicariantă de 3 zile. Pe cât se pare, ciclul poate fi menținut cu 4 injecții (de câte 0,5 mgr. Cyren B) pe lună, precum și cu Progesteron. Până acum în total 3,5 mgr.

6. Turburări vasomotorii (transpirații, palpiptații, etc.) după ovariectomie la 5 bolnave. 0,05 mgr. Cyren B de 2 ori pe săptămână au dat bolnavelor o stare de bine, menținând-o. Până acum în total 0.8 mgr. O pacientă se plângea la fiecare administrare de grețuri.

Asupra altor observațiuni (în sterilitate, dismenoree, anexite, etc.) unde au fost întrebuințate și doze mai mari, încă nu se pot trage concluzii. Totuși, în general, Lorenzetti poate conchide că chiar cu dozele întrebuințate de el, doze cari sunt cu mult mai mici de cât cele întrebuințate în general, Cyrenul B are incontestabil o acțiune asemănătoare aceleia a folicullnei.

Domnii medici pot obține eșantioane și literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str Brezoianu 53, București I. Tel. 3.92.86.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

In toate anemiile şi reconvalescenţă

FERCUPAR

TABLETE

(Fer. cupru, ficat şi vitamină B.)

SYNTHOESTRIN

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4 4' Dipropionil — oxi $\overset{\text{alfa, beta}}{\alpha \quad \beta}$ — dietil — Stilben

acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop { Copii micii: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. — Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

BIBLIOTECA ... STRA" SIBIU